

República de Colombia



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

ESCRITURAL

MAGISTRADA PONENTE: MARÍA CRISTINA QUINTERO FACUNDO

Bogotá, D. C., dos (02) de septiembre de dos mil veinte (2020)

(Proyecto discutido y aprobado en Sala de la fecha)

Expediente	110013331038 2009 00175-01
Sentencia	SC3-09-20-2465
Medio de Control	REPARACION DIRECTA
Demandante	MARIA NERCY RINCON ARTUNDUAGA
Demandados	NACIÓN - MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO y HOSPITAL UNIVERSITARIO LA SAMARITANA E.S.E
Asunto	SENTENCIA DE SEGUNDA INSTANCIA
Tema	NO SE ESTRUTURA FALLA EN EL SERVICIO MEDICO ASISTENCIA POR TARDÍO DIAGNOSTICO – LA ACTIVA APELANTE NO SATISFIZO SU CARGA PROCESAL DE PROBAR LA FALLA EN EL SERVICIO – UNICA PRUEBA TRAÍDA AL PROCESO, HISTORIA CLÍNICA PRUEBA EN CONTRARIO DILIGENCIA Y OPORTUNIDAD EN TAMIZ DE LOS RECURSOS DISPONIBLES.

Cumplido por la Magistrada Sustanciadora el trámite previsto en el Código de Contencioso Administrativo – CCA, encuentra para que la Sala provea.

De conformidad a lo establecido en los Acuerdos PCSJA20-11517, PCSJA20-11518, PCSJA20-11519, PCSJA20-11521, PCSJA20-11526, PCSJA20-11527, PCSJA20-11528, PCSJA20-11529, PCSJA20-11532, PCSJA20-11546, PCSJA20-11549, PCSJA20-11556 y PCSJA 20- 11567, proferidos por el Consejo Superior de la Judicatura, se ordenó la suspensión de los términos judiciales, por motivos de salubridad pública y fuerza mayor con ocasión de la pandemia originada en el coronavirus - COVID-19, desde el 16 de marzo de 2020 al 01 de julio siguiente, reiniciando a partir de ésta última fecha el conteo de los términos judiciales.

I. OBJETO DE LA DECISIÓN

Desatar el recurso de apelación promovido por la activa, señora MARÍA NERCY RINCÓN ARTUNDUAGA, contra la sentencia, calendada veinticinco (25) de septiembre de dos mil diecisiete (2017), proferida por el Juzgado Administrativo Transitorio (Despacho N°110013333401) de Bogotá, por la que negó las pretensiones de la demanda.

II. ANTECEDENTES EN PRIMERA INSTANCIA

2.1 ARGUMENTOS Y PRETENSIONES DE LA ACTIVA

Conforme reseña el libelo introductorio¹, El 17 de noviembre de 2005, la señora ANA SILVIA ARTUNDUAGA (Q.E.P.D), ingresó al Hospital Departamental de Villavicencio ESE, en busca de atención médica para las dolencias que le aquejaban, y no recibió la atención que requería, contrastado el hecho que, no se le practicó ningún examen para determinar su patología.

El 16 de febrero de 2006, acudió nuevamente a consulta por “*su grave estado de salud*”, y se le diagnosticó enfermedad general, sin ordenar exámenes que permitieran mejorar su cuadro clínico.

El 18 de noviembre de 2006, la paciente nuevamente presenta dolor extremo en la boca del estómago por lo que acude al servicio salud, y le informa al médico que pierde peso sin razón alguna.

El 24 de noviembre del mismo año, al no presentar mejoría, acude de nuevo al servicio médico y reitera su pérdida de peso injustificado y dolor abdominal, y se le medica con ranitidina metoclopramida y buscapina compuesta, sin practicar ningún examen diagnóstico para establecer el origen de la pérdida de peso y del dolor abdominal.

El 2 de enero de 2007, asiste a consulta en control por su antecedente, en el 2000, de cáncer de mama, y advierte sobre su disminución de peso, oportunidad en la que se le diagnostica gastritis crónica.

Del 1 de abril al 06 de mayo del mismo año, recibió atención médica en el HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA E.S.E., donde tampoco valoraron debidamente, sus síntomas y antecedentes clínicos, y consecuencia, se

¹ Ver folios 2 a 5 del cuaderno principal del expediente.

le brindó un deficiente servicio de salud, configurando negligencia en la práctica médica, falla en el servicio que culminó con la muerte de la ANA SILVIA ARTUNDUAGA el 21 de mayo de 2007.

En el descrito panorama fáctico, conjugada la demanda y escrito de subsanación⁵, se formulan las siguientes **pretensiones**:

Declarar extracontractualmente responsable al MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL², HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO y HOSPITAL UNIVERSITARIO LA SAMARITANA E.S.E, por el hecho generador del daño infligido a la señora MARÍA NERCY RINCÓN ARTUNDUAGA, en su condición de hija de la fallecida ANA SILVIA ARTUNDUAGA DE RINCÓN.

Condenarles, en consecuencia, a pagar en su favor por concepto de **perjuicios morales**, la suma equivalente a doscientos (200) salarios mínimos legales mensuales vigentes; debidamente actualizadas y con sus intereses.

2.2 ARGUMENTOS DE LAS ACCIONADAS

2.2.1- El Ministerio de Salud y Protección Social³, argumenta que no encuentra satisfecho respecto de esa entidad, el exigido nexo causal; contrastado el hecho que, no fue quien prestó el servicio médico cuestionado, y coloca de relieve que, legalmente no tiene como función la prestación directa del servicio de salud.

En este orden formula como **excepciones**: Inexistencia de la obligación, falta de legitimación en la causa por pasiva, innominada y caducidad.

2.2.2 El Hospital Universitario La Samaritana E.S.E⁴, aduce en oposición a las pretensiones de la demanda, que la activa no indica en que consistió la falla del servicio que invoca en fundamento de su pretensión indemnizatoria, y se limita a indicar en el hecho octavo (8) que no se le prestó suficiente atención a los síntomas y antecedentes clínicos de la paciente.

Supuesto del que refuta no es veraz, y por el contrario, a la paciente se le atendió de manera inmediata, eficiente y adecuada, y su fallecimiento fue consecuencia del estado crítico en que ingresó a esa Institución Hospitalaria.

² Para la fecha de los hechos, MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL.

³ Leer folios 19 a 39 del expediente

⁴ Ver folios 55 a 64 del cuaderno principal

2.2.3 El Hospital Departamental de Villavicencio⁵, niega la existencia del nexo causal, entre el servicio prestado por esa institución el 17 noviembre de 2006, a la señora ANA SILVIA ARTUNDUAGA DE RINCÓN, y su fallecimiento, el 21 de mayo de 2007, y refiere que, con fines a contrarrestar patologías y reaparición de células cancerígenas, se le realizaron imágenes diagnosticas que resultaron negativos. Alega en consecuencia como excepción de fondo: Inexistencia de relación causal.

III. SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

El *A Quo*, declaró prospera la excepción de falta de legitimación en la causa por pasiva, frente al MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, y negó las pretensiones de la demanda, sin condena en costas⁶.

En fundamento de su decisión esgrimió, que el MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, no encuentra legitimado por pasiva, en razón a que no participo directa o indirectamente en la atención médica prestada a la señora ANA SILVIA ARTUNDUAGA; y que no se probó la responsabilidad de los HOSPITALES DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO Y UNIVERSITARIO LA SAMARITANA E.S.E, en el deceso de la señora ANA SILVIA ARTUNDUAGA, por cuanto en marco de la realidad procesal, emerge desvirtuada la réplica de falla en la prestación del servicio médico, y por el contrario, deviene probado que el servicio prestado fue diligente y oportuno. En este orden, destaca como hechos probados:

- ANA SILVIA ARTUNDUAGA en noviembre del 2005, y en diversas oportunidades del 2006, fue atendida por el HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO, por dolencias en el epigastrio, y fue diagnosticada con gastritis crónica, con apoyo entre otros exámenes, de ecografía realizada el 27 de noviembre de 2006; Video colonoscopia total del 15 de diciembre de 2006 y TAC de Abdomen del 16 de los mismos mes y año.

- En enero de 2007, fue atendida por el servicio de urgencias del HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO, donde previo análisis del resultado de los referidos exámenes y de Biopsia de estómago, se reitera que la paciente padecía de Gastritis Crónica con presencia de la bacteria *Helicobacter Pylori*, y diagnosticada con síndrome de intestino irritable, medicándole con DISLET de 25

⁵ Folios 82 a 91 idem

⁶ Fls.356 a 366 cuaderno continuación del principal

mg y ESPASMONET.

- En marzo del 2007, la paciente presenta nuevamente molestias en su sistema digestivo, y se dispone su tratamiento intrahospitalario desde el 29 de marzo al 4 de abril siguiente, en el HOSPITAL UNIVERSITARIO LA SAMARITANA ESE, en donde se le practica el examen denominado Endoscopia de Vías Digestivas, que refleja una Gastritis Erosiva Antral Crónica, y contratando con los demás síntomas presentados, caso de la pérdida de peso, vómito y somnolencia permanente, el médico ordena una Gammagrafía Ósea y Tac Cerebral con Contraste, para descartar o confirmar un Síndrome Paraneoplástico.

- El 6 de mayo del 2007, reingresa al servicio de urgencias del HOSPITAL UNIVERSITARIO LA SAMARITANA ESE, y es hospitalizada por su regular estado de salud, presenta cefalea crónica y secreción de las vías respiratorias, el médico tratante ordenó un Tac de Cráneo; Ecografía abdominal; proteínas totales y albúmina, y gases arteriales.

- El 8 siguiente, fue diagnosticada con neumonía y quiste posiblemente astrocitoma y se solicita valoración por el servicio de neurología; especialidad que ordena la realización de resonancia magnética cerebral simple con contraste; para ese momento, los médicos tratantes no recomiendan realizar ninguna intervención quirúrgica, debido a una posible hidrocefalia secundaria y resección de tumor del cuadro de vértigo, hasta que la paciente alcanzará parámetros nutricionales normales.

- El día 15 de mayo del 2007, los médicos tratantes del HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA ESE, informan a los familiares de la paciente, con fines a obtener su consentimiento, que podía requerir una ventriculostomía de urgencia para manejo de la hidrocefalia; intervención que no es autorizada por sus parientes, y la paciente no colaboró para la realización de la resonancia magnética; contingencia que fue informada a sus familiares y se reprograma la cita para el examen, y se les brinda información sobre la patología actual, así como la posibilidad de que exista una masa de origen metastásico, por antecedente de cáncer mamario.

- Con posterioridad, por la persistencia de la afección respiratoria, se ordenó una nueva radiografía de tórax; además, valoración por psiquiatra, en manejo del estado depresivo que presentaba la paciente, y se le suministró fluoxetina.

- EL 17 de mayo del 2007, debido al deterioro progresivo de su salud, se requiere valoración por medicina interna y cardiología; así como la realización de un Ecocardiograma.
- El 18 siguiente, se le realizó Resonancia Magnética Cerebral, que sugiere “LESIÓN INFILTRATIVA DE FOSA POSTERIOR HACIA TALLO CEREBRAL - SUGERENTE DE METÁSTASIS”, los médicos tratantes ordenan esperar que se resuelva el cuadro infeccioso y mejore el estado nutricional, para intervención quirúrgica y pasan el caso para análisis de la junta de Neurocirugía.
- El 20 de mayo del 2007, la paciente presentó desmejoramiento en su cuadro clínico por DISTRES RESPIRATORIO, en manejo del cual, se realizan maniobras de vía aérea y terapia respiratoria, logrando su estabilización y remite a la UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS; encontrándose en trámite del referido traslado, se realiza examen de TAC CEREBRAL, sin reflejar cambios significativos, y la RADIOGRAFÍA DE TÓRAX, con hallazgo de infiltrados mixtos en ambos campos pulmonares con consolidación basal derecha, razón por la que se solicitó nuevamente valoración por medicina interna, y se mantiene a la paciente con soporte de ventilación.
- El 21 de mayo de 2007, la señora ANA SILVIA presentó paro cardiorrespiratorio, y aunque se implementaron maniobras de reanimación por lapso de veinte (20) minutos, la paciente no respondió, y fallece.

IV. RECURSO DE APELACIÓN⁷

Con fines a que se revoque la sentencia de primera instancia y en su lugar se estimen las pretensiones de la demanda, la activa argumenta, que no discute las patologías que padecía la señora ANA SILVIA ARTUNDUAGA, ni el consecuente deterioro que causaron en su salud, y su inconformidad con la providencia objeto de alzada, estriba en que aquellas no fueron la causa de su muerte, advertido que conforme a su historial clínico del 6 al 21 de mayo de 2007, su fallecimiento devino por un tumor maligno en cerebro y mama, y procede entonces, declarar la responsabilidad administrativa, civil, solidaria y patrimonial de las demandadas, por negligencia en la atención oportuna y correcta de sus patologías, en lapso del 17 de noviembre de 2005 al 21 de mayo de 2007.

⁷ Ver folios 368 a 370 cuaderno continuación segunda instancia

Puntualiza que, su reproche fundamenta en la demora en el diagnóstico de tumor maligno en el cerebro; inoportunidad que afirma se presentó por omisión de las accionadas, al no examinar de manera cautelosa a la paciente, y limitarse a ordenar exámenes de sangre para establecer el antígeno cancerígeno por su antecedente de cáncer. Puntualiza que en ese periodo no se realizaron a la paciente mamografías, estudios por imágenes ni biopsia que confirmasen la presencia de cáncer y/o su metástasis, y en consecuencia, se presentó una ausencia de diagnóstico y desconocimiento de la lex artis, y solo cuando se agravó la paciente, ya sin probabilidad de recuperación, se le diagnosticó tumor maligno en su cerebro, conforme evidencia el hecho que, se determinó con la resonancia magnética cerebral simple y contrastada realizada hasta el 18 de mayo de 2007.

Destaca además, que las accionadas conocían los antecedentes de cáncer de mama de la señora ANA SILVIA ARTUNDUAGA, y en esta secuencia, su deber de realizarle controles anuales, y en este orden, si bien es cierto que, el 20 de mayo de 2007, presentó deterioro repentino en su estado de salud, también lo es que, para entonces existía un daño irreparable, metástasis del cáncer, patología que aunque no fue la causa de su deceso el 21 de los citados mes y año, si fue su desencadenante, porque no se diagnosticó a tiempo y no se le brindó el tratamiento médico adecuado.

V. TRÁMITE PROCESAL EN SEGUNDA INSTANCIA

5.1. Por auto del **30 de octubre de 2018**, se **admitió el recurso de apelación** promovido por la activa, ordenándose notificar personalmente al Agente del Ministerio Público y por Estado a los demás sujetos procesales (fl. 399 del cuaderno principal del expediente).

5.2. Cumplido lo anterior, **se corrió traslado para alegar de conclusión** (fls. 401 ibídem), oportunidad en la que ejercieron guardaron silencio la activa y el MINISTERIO PÚBLICO, en tanto que ejerció su derecho la NACIÓN -MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, así:

5.2.1. Reitera los argumentos expuestos en primera instancia relacionados su falta de legitimación en la causa por pasiva⁸.

VI. CONSIDERACIONES DE LA SALA

⁸ Alegatos de conclusión radicados el 14 de marzo de 2019, folios 402 a 404 cuaderno principal.

6.1. ASPECTOS DE EFICACIA Y VÁLIDEZ.

6.1.1. Esta Corporación es competente para conocer del presente recurso de **alzada**, de conformidad con lo regulado en el artículo 133 del Código Contencioso Administrativo⁹.

6.1.2. Encuentran satisfechos los requisitos de sustentación clara, suficiente y pertinente del recurso de **alzada**, en contraste con la sentencia que es objeto del mismo. Requerimiento que tiene fundamento normativo en los incisos 3º y 4º del numeral 3º del artículo 322 del Código General del Proceso - CGP, en cuanto disponen que, *tratándose de la apelación de una sentencia, el recurrente debe precisar, de manera breve, los reparos concretos que le hace a la decisión y para su sustentación será suficiente que el apelante exprese las razones de su inconformidad con la providencia objeto de alzada.*

Premisa a la que agrega, el artículo 320 del mismo estatuto procesal que prescribe:

“(...) El recurso de apelación tiene por objeto que el superior examine la cuestión decidida, únicamente en relación con los reparos concretos formulados por el apelante, para que el superior revoque o reforme la decisión (...)”

Habiendo precisado el Consejo de Estado en el reseñado contexto normativo, *que quien tiene interés en que el asunto sea analizado de fondo debe señalar cuáles fueron los yerros o desaciertos en que incurrió el juez de primera instancia al resolver la Litis presentada.*

Aunque se advierte retomando el libelo de la impugnación que nos ocupa, que no controvirtió la decisión de la sentencia de primera instancia, por la que declaró probada la falta de legitimación por pasiva de la NACIÓN – MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, y en consecuencia no es objeto de pronunciamiento.

⁹“(...) Los tribunales administrativos conocerán en segunda instancia:

1.De las apelaciones y consultas de las sentencias dictadas en primera instancia por los jueces administrativos y de las apelaciones de autos susceptibles de este medio de impugnación, así como de los recursos de queja cuando no se conceda el de apelación o se conceda en un efecto distinto del que corresponda.

2.De las apelaciones contra el mandamiento de pago, la sentencia de excepciones, el auto aprobatorio de liquidación de crédito y el auto que decreta nulidades procesales, que se interpongan en los procesos por jurisdicción coactiva de que conozcan los funcionarios de los distintos órdenes, cuando la cuantía exceda de quinientos (500) salarios mínimos legales mensuales.

3.De los recursos de queja contra la providencia que niegue el recurso de apelación o se conceda en un efecto distinto del que corresponda, en los asuntos de que trata el numeral anterior.”. (Subrayado y negrillas fuera del texto).

6.1.3- No se advierte irregularidad que configure nulidad procesal, ni causal para declarar excepción de oficio, y consecuentemente el proceso encuentra para proferir sentencia de segunda instancia. Conjugado que si bien, en esta jurisdicción el juez unipersonal o colegiado, encuentra habilitado para declarar de oficio las excepciones previas y las de caducidad, cosa juzgada, conciliación, prescripción extintiva y transacción, no es menos cierto que en el caso concreto, no existe fundamento fáctico que le confiera sustento a decisión en tal sentido.

6.2. FIJACIÓN DEL DEBATE.

6.2.1- Este recurso de apelación debe ser resuelto con sujeción a los argumentos de inconformidad invocados por el apelante, teniendo como norma supletoria el Código General del Proceso – C.G.P., como quiera que, conforme a hermenéutica del órgano de cierre de esta jurisdicción, en providencia de unificación¹⁰, a partir del 25 de junio de 2014, el precitado estatuto procesal, aplica en esta jurisdicción a los procesos que en contexto del artículo 308 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo – CPACA, encuentran sujetos al régimen anterior, caso en concreto, por cuanto la demanda se promovió con anterioridad al 02 de julio de 2011, y en este orden el C.G.P. asume como subrogatorio del Código de Procedimiento Civil – CPC, al que reenvía el C.C.A.

Por consiguiente, asume relevancia que en tópicos del recurso de apelación, reglamenta el artículo 328 del C.G.P., así:

*“(…) El juez de segunda instancia deberá pronunciarse solamente sobre los argumentos expuestos por el apelante, sin perjuicio de las decisiones que deba adoptar de oficio, en los casos previstos por la ley. Sin embargo, cuando **ambas partes** hayan apelado **toda la sentencia o la que no apeló** hubiere adherido al recurso, el superior resolverá sin limitaciones.”*

En la apelación de autos, el superior sólo tendrá competencia para tramitar y decidir el recurso, condenar en costas y ordenar copias.

El juez no podrá hacer más desfavorable la situación del apelante único, salvo que en razón de la modificación fuera indispensable reformar puntos íntimamente relacionados con ella.

¹⁰ Auto del 25 de junio de 2015, M.P. ENRIQUE GIL BOTERO, rad: 88001-23-33-000-2014-00003-01 – número interno 50408, por cuanto estableció: “*El fin del legislador al consagrar la cláusula de integración residual, no era remitir a una codificación en concreto, sino a la legislación procesal civil vigente, que como ya se dijo, (...) Sin embargo, una vez entró a regir el CGP, es este el cuerpo normativo llamado a llenar regular los aspectos no contemplados en el CCA y que aún se encuentren pendientes, pues carecería de sentido que el juez de lo contencioso administrativo siguiera remitiéndose para ese efecto a disposiciones que ya han perdido su vigencia. (...) **a partir del auto de unificación del 25 de junio de 2014, en aquellos procesos que aún se tramitan en el sistema escritural, el juez deberá acudir al CGP para regular los siguientes temas, que se señalan de manera enunciativa:** (...) viii) trámite de los recursos; (...), en virtud de la derogatoria expresa del artículo 627 del C.G.P.”. (Suspensivos fuera de texto).*

En el trámite de la apelación no se podrán promover incidentes, salvo el de recusación. Las nulidades procesales deberán alegarse durante la audiencia.”.
(Suspensivos, subrayado y negrilla fuera de texto).

De forma que la habilitación del Superior para resolver en sede de apelación sin limitaciones, encuentra condicionada a que ambas partes hayan impugnado **toda** la sentencia, y de contera, contrastado el caso en concreto, emerge no satisfecho el indicado presupuesto, por cuanto solo la ACTIVA promovió impugnación.

6.2.2. Premisa que se advierte aplica, sin perjuicio del control de legalidad, que se dio por superado en decisión parcial que antecede (6.1.3.).

6.2.3- Es de tener en cuenta también, que en Sentencia de Unificación del H. Consejo de Estado, se determina de la competencia del juez de segunda instancia frente al recurso de quien actúa como apelante único, que de controvertir un aspecto global de la sentencia, aquel adquiere competencia para revisar todos los asuntos comprendidos en ese rubro general, aunque de manera expresa no se hayan referido en el recurso de alzada. Puntualizó el Alto Tribunal así:

“(...) si se apela un aspecto global de la sentencia, el juez adquiere competencia para revisar todos los asuntos que hacen parte de ese aspecto más general, aunque de manera expresa no se haya referido a ellos el apelante único. Lo anterior, desde luego, sin perjuicio de la potestad que tiene el juzgador de pronunciarse oficiosamente sobre todas aquellas cuestiones que sean necesarias para proferir una decisión de mérito, tales como la caducidad, la falta de legitimación en la causa y la indebida escogencia de la acción, aunque no hubieran sido propuestos por el apelante como fundamentos de su inconformidad con la providencia censurada.

En el caso concreto, la entidad demandada apeló la sentencia de primera instancia con el objeto de que se revisara la decisión de declararla administrativamente responsable (...), y de condenarla a pagar indemnizaciones en cuantías que, en su criterio, no se compadecen con la intensidad de los perjuicios morales padecidos por algunos de los demandantes.

*En consecuencia, la Sala, atendiendo al criterio expuesto y a la prohibición de la reformatio in pejus, revisará todos aquellos aspectos que son desfavorables a la entidad demandada y que son consecuencia directa de la declaratoria de su responsabilidad, lo cual incluye -en el evento de ser procedente- no solo la condena por perjuicios morales, sino también por perjuicios materiales en la modalidad de lucro cesante.”.*¹¹

En este orden y decantando en el caso en concreto, **no procede acudir al enunciado juicio comprensivo**, contrastado que no hubo condena en costas.

6.2.4. Se tiene entonces, que en sede de la presente apelación corresponde a esta

¹¹ **IB.** Sala Plena. C.P. Danilo Rojas Betancourth. Sentencia del 06 de abril de 2018, Rad. 05001-23-31-000-2001-03068-01(46005).

Sala de Decisión con fines a proveer sobre la revocatoria o confirmación de la sentencia de primera instancia, determinar de la comunidad probatoria si evidencia o no, que el servicio de médico brindado a la señora ANA SILVIA ARTUNDUAGA fue inadecuado por tardío diagnóstico, al no tener en cuenta con fines a la elaboración de éste, sus antecedentes de cáncer de mama, privándola del tratamiento idóneo para contrarrestar metástasis en el cerebro y otras partes del cuerpo, a la que devino la muerte por paro respiratorio causado por infección respiratoria - neumonía.

Contrastado que la sentencia objeto de alzada¹², no encontró estructurada la responsabilidad extracontractual respecto de las accionadas, HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO y HOSPITAL UNIVERSITARIO LA SAMARITANA E.S.E, por encontrarse probado que los servicios prestados a la señora ANA SILVIA ARTUNDUAGA, fueron adecuados y oportunos y sin relación causal con su deceso.

Se tiene entonces y conjugado además que, el servicio prestado por el HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO, corresponde al lapso comprendido del 17 de noviembre de 2005 al 02 de febrero de 2007, y el entregado por el HOSPITAL UNIVERSITARIO LA SAMARITANA ESE, del 29 de marzo al 21 de mayo de 2007, se tiene como **problema jurídico**:

¿Es al HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO y/o al HOSPITAL UNIVERSITARIO LA SAMARITANA E.S.E, la muerte de la señora ANA SILVIA ARTUNDUAGA DE RINCÓN, por tardío diagnóstico de la metástasis del cáncer de mama que presentó en el cerebro y otras partes del cuerpo, y consecuente tratamiento inadecuado, o los servicios prestados fueron idóneos y oportunos considerado su cuadro clínico?

6.3. ASPECTOS SUSTANCIALES

En labor de desatar el interrogante planteado es tesis de la Sala, que la sentencia de primera instancia será confirmada, contrastado que los servicios prestados en las IPS accionadas a la señora ANA SILVIA ARTUNDUAGA DE RINCÓN, conforme acredita la realidad procesal, se brindaron colocando a su disposición todos los servicios médicos, tecnológicos, terapéuticos y científicos con

¹² Sentencia proferida el 25 de septiembre de 2017, por el Juzgado Transitorio (Despacho N° 110013333401) de Bogotá,

los que contaban, y en consecuencia, no se configuró un diagnóstico tardío, ni tratamiento inadecuado, de la metástasis del cáncer de mama que presentó en el cerebro y otras partes del cuerpo, y su muerte emerge sin relación causal con el servicio médico asistencial prestado.

En fundamento y previo análisis del caso concreto, se abordarán los siguientes tópicos: **(i)** régimen de responsabilidad por el servicio médico -asistencial; **(ii)** responsabilidad por error de diagnóstico, y **(iii)** falla médica, como **premisas normativas**:

6.3.1. El título de imputación en responsabilidad médico-asistencial del Estado, es el de falla probada en el servicio, de suerte que, se exige acreditar la falla propiamente dicha, el daño antijurídico y el nexo de causalidad entre aquella y éste¹³.

Advertido que, las obligaciones derivadas de la prestación del servicio médico, máxime el asistencial cumplido por el Estado, son de medio y no de resultado; es decir, el galeno no está en la obligación de garantizar la recuperación total de la salud del enfermo, pero sí es ineludible poner todos sus conocimientos, experticia y medios con que cuente en procura de su mejoría.

En los casos que se cuestiona la atención médica suministrada a un paciente, inicialmente, era menester probar la falla del servicio sobre la base que la prestación del servicio médico asistencial contenía, en sí mismo, una obligación de medio y no de resultado. Dicha tendencia fue revaluada planteándose un régimen de falla por inferencia, para lo cual bastaba acreditar las circunstancias que rodearon el caso de las cuales se pudiera deducir el resultado dañino; bajo este régimen, era suficiente la demostración del daño y del nexo causal, para que se configurara la responsabilidad de la administración, que solo podía exonerarse demostrando que había actuado con total diligencia. La anterior tendencia fue sustituida por la que se denominó régimen de falla presunta, bajo el cual, bastaba la demostración del daño y del nexo causal, para que se configurara la responsabilidad de la administración; la que solo podía exonerarse demostrando, a su vez, que actuó con diligencia; más adelante, esta última orientación se convirtió en la teoría de la inversión de la carga probatoria, la cual, colocó en cabeza de los profesionales de la medicina y de los establecimientos que brindan atención médica, el deber de demostrar los procedimientos aplicados y su

¹³ **CONSEJO 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 Betancourt.

idoneidad, dado su alto contenido técnico y científico, los cuales, por su especialidad y complejidad, resultarían muy difíciles de probar para los demandantes.

En todo caso, sin importar el régimen de responsabilidad que se aplique, existe un factor que ha permanecido incólume a lo largo de la evolución jurisprudencial, cual es que en manera alguna se ha eximido al actor de la obligación de demostrar por lo menos: i) la existencia del daño y ii) un nexo de causalidad entre el daño y la actividad de la administración.

La evolución jurisprudencial de la Sección Tercera del H. Consejo de Estado ha establecido que para poder atribuir responsabilidad administrativa al Estado, en los que se discute la existencia de responsabilidad médica, corresponde al demandante probar todos los elementos que la constituyen, haciendo especial énfasis en lo que atañe a probar el daño y la existencia del nexo causal entre éste y la actividad de la administración¹⁴.

6.3.2. La responsabilidad en marco del diagnóstico médico, cualifica como modalidad de falla probada del servicio, y le asiste entonces a la activa, la carga de probar la irregularidad y que ésta es la causa eficiente del daño¹⁵.

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.

Para que el diagnóstico sea acertado se requiere que el profesional de la salud sea diligente y cuidadoso en el cumplimiento de su deber como galeno, por tanto está obligado a emplear todos los recursos a su alcance para 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 se logre establecer la causa de la enfermedad, bien porque se trata de

¹⁴ Sentencia N° 1573 de 23 de abril de 2008, del Consejo de Estado, Sala de lo Contenciosos Administrativo, Sección Tercera. C.P. Ruth Stella Correa. Reiterada postura en Sentencia de 30 de abril de 2014, del Consejo de Estado, Sala de lo Contenciosa Administrativa, Sección Tercera, Subsección "B". C.P. Danilo Rojas Betancourth. Exp. 2824. Radicado N° 2500020010196-01

¹⁵ Sentencia de 28 de febrero de 2013, del Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Expediente Número 66001-23-31-000-2001-00063-01 (25075). C.P. Danilo Rojas Betancourt.

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.

Respecto del **diagnóstico médico**, cabe recordar que se trata del procedimiento por el cual se identifica una enfermedad. En términos de la práctica médica, el diagnóstico es un juicio clínico sobre el estado psicofísico de una persona; representa una manifestación en respuesta a una demanda para determinar tal estado.

Los primeros momentos determinantes del diagnóstico médico lo constituyen la relación de confianza que debe crearse entre el médico y el paciente; el interrogatorio que realiza el galeno a su paciente durante la consulta; el examen físico del paciente y la agrupación e interpretación de los síntomas y signos encontrados, seleccionando o dándole preferencia a los relevantes, para construir diversos agregados o conjuntos que reflejen el cuadro clínico del paciente, lo que sirve de base para plantear las diferentes hipótesis diagnósticas.

El Consejo de Estado, Sección Tercera, ha señalado que cuando el error de diagnóstico es el resultado de una deficiente prestación del servicio médico hospitalario, puede comprometer la responsabilidad de la administración. Asegura entonces que lo decisivo no es establecer si el médico se equivocó en la valoración de los signos y síntomas, sino si empleó los recursos adecuados para llegar a un diagnóstico acertado, al respecto autores como Ataz López y Lorenzetti, citados por Vázquez Ferreyra, han expresado “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.”¹⁶ 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 soportarlo¹⁷.(Subrayado fuera de texto)

De acuerdo con lo anterior, puede afirmarse que para imputar responsabilidad a la administración por daños derivados de un error de valoración, es necesario

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

¹⁷ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 10 de febrero de 2000, exp. 11.878, C.P. Alíer 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.

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 seria¹⁸; omitió utilizar oportunamente todos los recursos técnicos a su alcance para confirmar o descartar un determinado diagnóstico¹⁹; 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 especialidad²⁰.

6.3.3. En valoración de la falla médica del Estado, el juez encuentra en el deber de hacer un análisis riguroso de los medios a su alcance para establecer si existió o no aquella.

En especial, deberá examinar la información consignada en la historia clínica con el fin de establecer qué acciones 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, siempre en tamiz que, *“el juez y los peritos deben ubicarse en la situación en que se encontraba el médico al momento de realizar dicho diagnóstico”*²¹.

Asume entonces relevante tener en cuenta que para refutar la existencia de una falla, debe encontrarse probado, por cualquiera de los medios de convicción, que incluye el indicio, que la “atención médica” no cumplió con los estándares de calidad fijados por el arte de la ciencia médica, vigente para el momento de ocurrencia del evento dañoso; o que el servicio médico no fue cubierto en forma diligente, esto es, que no se prestó con el empleo de todos y cada uno de los medios humanos, científicos, farmacéuticos y técnicos que se tuvieron al alcance, finalidad para la cual, la parte afectada, accionante dentro del proceso de

¹⁸ 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.

¹⁹ 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.

²⁰ 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.

²¹ Roberto Vásquez Ferreyra, *Op. Cit.*, p. 124.

reparación directa, podrá valerse de todos los medios probatorios legalmente aceptados, cobrando particular importancia, y reitera 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 presumirse²².

6.4. CASO CONCRETO

6.4.1. Aspectos Probatorios

6.4.1.1 La comunidad probatoria es en este asunto, en su integridad documental de carácter público, advertido que la testimonial primigeniamente decretada, se tuvo por desistida, por inasistencia sin justificación²³, de los testigos y de los apoderados de los extremos procesales interesados en su recaudo; y otro tanto aconteció con la pericia decretada a solicitud común de la demandante y la demandada²⁴, que se tuvo por desistida con proveído de 26 de noviembre de 2010, en sanción a la falta de interés en su recaudo²⁵, y que causo ejecutoria con silencio de las partes y el Ministerio público.

6.4.1.2- Documental que asume eficaz aunque obre parcialmente en fotocopia simple, contrastado que fue aducida por la activa con la demanda²⁶ y por la pasiva, en alcance a los requerimientos formulados en sede de primera instancia²⁷, y que tratándose de las historias clínicas de la señora ANA SILVIA ARTUNDUAGA DE RINCÓN, correspondientes a los servicios médicos prestados por las IPS accionadas, en lapso comprendido del 17 de noviembre de 2005 al 02 de febrero de 2007, en sede del HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO y del 29 de marzo al 21 de mayo de 2007, en el HOSPITAL UNIVERSITARIO LA SAMARITANA ESE, es oponible a las mismas, porque concurren en su producción; y agrega que, el extremo procesal que le adujo, admite dado que no lo controvierte, su contenido probatorio, y acontece otro tanto respecto de la parte a la que se opone, por cuanto guardó silencio en oportunidad de su agregación al proceso.

²² **IBÍDEM.** Sentencia del 07 de diciembre de 2016. Expediente No. 250002326000200400434-01(34216). C.P. Marta Nubia Velásquez Rico.

²³ Ver folio 170 cuaderno principal

²⁴ Ver folios 97 a 98 cuaderno principal

²⁵ Ver folio 173 ídem

²⁶ Ver folios 2 a 329 cuaderno 2 de pruebas

²⁷ Ver folios 1 a 300 cuaderno 3 de pruebas -historia clínica

Juicio que fortalece, retomando hermenéutica de la Sección Tercera del Consejo de Estado, explicitada en sentencia del 28 de agosto de 2013, radicado interno 25.022; conforme a la cual, sin perjuicio de la fecha de entrada en vigencia del Código General del Proceso, es estimable la documental arrojada en fotocopia simple, conjugada la preceptiva de su artículo 246, y cuando advertidos los sujetos procesales no le tachan de falsa, caso en concreto.

6.4.1.3- Finiquitando, revisten relevancia para el debate que se suscita en esta instancia, los siguientes **supuestos fácticos y medios de prueba:**

CIRCUNSTANCIAS DE TIEMPO, MODO Y LUGAR DE OCURRENCIA DEL DAÑO		
PRUEBA	CONTENIDO	Fls.

<p>Historia clínica N°26449492 del Hospital Departamental de Villavicencio</p>	<p>Contiene las anotaciones registradas en la historia clínica de la señora ANA SILVIA ARTUNDUAGA DE RINCÓN desde el 17 de noviembre de 2005, y que consigna sustancialmente:</p> <p>17 de noviembre de 2005, asiste por consulta interna paciente de 58 años de edad, al examen físico “(...) lesiones en cuello... (...) <u>Se le practico mastectomía radical + QT 2 sesiones (enero-2001) No continúo Tto por desvinculación del sistema, no ha tenido secuelas desde entonces(...)</u>Plan: MAMOGRAFÍA Y TAC CUELLO Y TÓRAX (...)”</p> <p>16 de febrero de 2006, ingresa por servicio de urgencias por <u>accidente cardiovascular</u>, se revisan signos vitales con TA 110/80 FC 72x... 9P^{O/X}; y se remite la paciente para atención con especialista.</p> <p>El 15 de febrero de 2006, se solicita remisión de la paciente, por dolor hipogástrico agudo desde hace 2 meses de evolución, asociado a náuseas y malestar general, se registran como antecedentes “Ca Mama tto QX RadioTx - QuimioTx hace 6 años Qx: Reseca de tumor de ovario hace 26 años (...) abdomen plano, blando, depresible, doloroso (...) no pala masa (...)”.</p> <p>18 de noviembre de 2006, ingresa por servicio de urgencia por <u>dolor “boca de estómago y vomito”</u>, con anterioridad había sido diagnosticada con gastritis aguda y colon irritable, y se le ordenan medicamentos para su manejo.</p> <p>24 de noviembre de 2006 ingresa por servicio de urgencias por <u>acides y distensión abdominal de 7 días de evolución</u>, se ordenan ENDOSCOPIA DIGESTIVA y valoración por cirugía general, se medica ratidina, metoclopramida y buscapina compuesta.</p> <p>27 de noviembre de 2006, reingresa a urgencias por <u>dolor en epigastrio tipo dolor irradiado a dorso, náuseas</u>, cuadro clínico de 11 días “por lo cual consulto el 24-11-06 SOLICITAN EVDH, VALORACIÓN POR CX GENERAL” consulta de nuevo por recomendación de un tío médico en Estados Unidos, quien le sugirió un examen EVDH, “PLAN: SS/ECO ABDOMINAL, RX TÓRAX AMBULATORIO; VALORACIÓN CX GENERAL;</p> <p>01 DE DICIEMBRE DE 2006 LECTURA RESULTADOS EXÁMENES “Rx Tórax Normal, Tac de tórax Normal Rx cuello Normal. Mamografía derecha normal, no hay huellas de cáncer(...) Plan Ibuprofeno(...) control en 6 meses.</p> <p>2 de febrero de 2007, ingresa por urgencia, con cuadro clínico de <u>“1 mes de evolución... asociada a emesis, distensión abdominal y pérdida importante de peso 8 Kg.</u> A la palpación dolor sobre epigastrio exquisito, con dolor a la palpación de marco cólico, extremidades simétricas, no edemas, pulsos presentes neuronales sin déficit aparente. TRAE BIOPSIA DE ESTÓMAGO QUE REPORTA GASTRITIS CRÓNICA. ATPOFICA - HELICOBACTER PYLORI DELGADO + de dic/2006. ECOGRAFÍA de 27 de noviembre 27 nov/2006 ASPECTO NORMAL DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES; TAC DE ABDOMEN del 16 de diciembre/2006 DENTRO DE LÍMITES NORMALES. VIDEOCOLONOSCOPIA TOTAL</p>	<p>C 3 prueba</p> <p>Fls.</p> <p>260, 262, a 264, 267 y 271 a 273 anverso</p>
--	---	--

	<p>AVORECTOCOLONOSCOPIA TOTAL DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES 15 de diciembre de 2006. IDx: Síndrome de intestino irritable tipo estreñimiento. Plan: Se explica... a los hijos la patología de base y se da fórmula para manejo ambulatorio.</p>	
--	---	--

REMISIÓN AL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAMARITANA E.S.E.	Consigna de la señora ANA SILVIA ARTUNDUAGA, con fecha <u>29 de marzo de 2007, que es remitida por el HOSPITAL DIVINO NIÑO SALVADOR -CENTRO DE SALUD LA CALERA,</u> e ingresada por cirugía general.	Fl. 34 C. 2 prueba
Historia Clínica N°26449492 del HOSPITAL UNIVERSITARIO LA SAMARITANA E.S.E, paciente ANA SILVIA ARTUNDUAGA RINCÓN Con registros del 29 de marzo al 4 de abril de 2007,	<p><u>Consigna sustancialmente así:</u></p> <p><i>"(...) Hallazgos del Examen Físico: FC 96 FR 18 TA 100/70 T°36°C regulares condiciones generales, alerta, orientada en tres esferas. cara y cuello: mucosa oral semiseca, palidez mucocutánea, parálisis facial central cardio pulmonar ruidos cardiacos ritmicos, no soplos. ruidos respiratorios sin agregados abdomen blando no doloroso. <u>no masas ni megalias</u> no signos de irritación peritoneal extremidades con hipotrofia generalizada, pulsos de buena intensidad neurológico sin déficit ni sensitivo aparente.</i></p> <p><u>Conducta:</u> <i>paciente en quien se sospecha síndrome preneoplásico, se inician estudios complementarios.</i></p> <p>DE LA EVOLUCION:</p> <p><u>30/03/207</u> <i>paciente con antecedentes de ca de seno resacado hace 7 meses, HA SIDO ESTUDIADA PARA DETECTAR METÁSTASIS, PERO SIN HALLAZGOS POSITIVOS. se espera definir soporte nutricional. se solicita endoscopia de vías digestivas. PRESENTA HIPOCALEMIA Y ALTERACIÓN AL EXAMEN FÍSICO DE PARES BAJOS QUE ALTERAN LA DEGLUCIÓN, POR LO QUE SE SUGIERE TOMA DE RMN O TAC CEREBRAL CONTRASTADO.</i></p> <p>31/03/2007 <i>paciente a quien se le realizó ENDOSCOPIA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTAS. Reportando gastritis erosiva antral crónica, no evidencia de trastornos en peristaltismo ni acalasia. se decide reposición electrolitos, con toma de electrolitos de control, valoración por soporte nutricional.</i></p> <p><u>01/04/2007</u> <i>paciente sin evidencia imagenológica que demuestre trastorno en la deglución, cursa con síndrome constitucional o pobre adaptación a la vía oral. se decide probar tolerancia.</i></p> <p><u>02/04/2007</u> <i>paciente hemo dinámicamente estable quien persiste con hipocalemia y pobre aceptación a la vía oral. se decide interconsulta con soporte nutricional, reposición de potasio.</i></p> <p><u>03/04/2007</u> <i>paciente sin obstrucción clínica o imagenología del tracto digestivo superior, se decide nutrición enteral con sonda nasogástrica, según valoración por nutrición. s/v estudios de extensión complementarios, SE DECIDE TOMA DE GAMMAGRAFÍA ÓSEA Y TAC CEREBRAL CON CONTRASTE. (...) para descartar metástasis</i></p> <p><u>04/04/07 (...) SE DECIDE DAR SALIDA Y CONTINUAR ESTUDIOS DE MANERA AMBULATORIA</u></p> <p><u>RESULTADOS DE PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS:</u></p> <p>30/03/07 ENDOSCOPIA VÍAS DIGESTIVAS ALTAS: GASTRITIS ANTRAL CRONICA Y EROSIVA LEVE 29/03/07</p>	1 a 298 C. 2 prueba

	<p>ECOGRAFÍA ABDEOMINO PELVICA : DENTRO DE LIMITES NORMALES, 30/03/07 RX TORAX:DENTRO DE LIMITES NORMALES.</p> <p><u>DIAGNOSTICOS</u></p> <p>Diagnóstico de ingreso: C80X TUMOR MALIGNO DE SITIOS NO ESPECIFICADOS.</p> <p>Diagnóstico de egreso: C80X TUMOR MALIGNO DE SITIOS NO ESPECIFICADOS.</p> <p>Diagnóstico Relacionado 1:C509 TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICA (...) Aclaración de diagnóstico: SINDROME PARANEOPLASTICO.</p> <p>Plan de Manejo: SALIDA CON ORDEN DE GAMAGRAFIA OSEA, SUPLEMENTO NUTRICIONAL Y ORDEN DE CONTROL POR CONSULTA EXTERNA DE CIRUGÍA DE SENO (...)</p>	
--	--	--

<p>HISTORIA CLINICA del HOSPITAL UNIVERSITARIO LA SAMARITANA E.S.E, paciente señora ANA SILVIA ARTUNDUAGA RINCÓN.</p> <p>Registros del 06 al 21 de mayo de 2007</p>	<p><u>CONSIGNA QUE EL 6 DE MAYO DE 2007, INGRESA POR SERVICIO DE URGENCIAS con dificultad respiratoria de 2 días de evolución, asociada a secreciones, intolerancia vía oral y ausencia de deposición desde hace 8 días sin fiebre</u></p> <p><i>“(…) mal estado general</i> <i>(…) mucosa oral seca. presencia de placas blanquecinas en paladar duro</i> <i>vía área: con movilización de secreciones</i> <i>cráneo facial: desviación de comisura labial hacia la derecha cuello y columna: sin alteración</i> <i>Cardio Pul y Tórax: RSCS taquicárdicos, no soplos. RSCS con gran movilización de secreciones en ambos campos pulmonares, ausencia de glándula mamaria izquierda por ANTECEDENTE DE CA MAMA.</i> <i>Abdomen: blando, depresible. presenta ocasionalmente defensa voluntaria. dolor en hipogástrico. no signos de irritación peritoneal. RSIS ocasionales. cicatriz mediana Extremidades: hipotróficas, perfusión distal de 3 segundos. Genital y rectal: NO SE EXPLORA</i> <i>Neurológico: <u>paciente con tendencia a la somnolencia, con debilidad generalizada.</u></i></p> <p>DIAGNOSTICO</p> <p><i>J6ox síndrome de dificultad respiratoria de adulto</i></p> <p>ANALISIS <i>Impresión diagnóstica: paciente en malas condiciones generales, caquéctica, con signos de dificultad respiratoria, movilización de secreciones e intolerancia a la vía oral. al examen físico también evidencia dolor en hipogastrio.</i></p> <p><i>IDx: 1.DS de dificultad respiratoria</i></p> <p><u>2. Neumonía a descartar</u></p> <p>PLAN DE MANEJO</p> <p><i>NVO, SSN A 45 CC/H, RX DE TORAX, EKG, SS HEMOGRAMA, UROANALISIS, ELECTROLITOS. TERAPIA RESPIRATORIA. BROMURO DE IPRATROPIO 2 PUFF CADA 6 HORAS, MNB CON SULBUTAMOL.</i></p> <p><i>VALORACION POR MEDICINA INTERNA(…)”.</i></p> <p><u>EPICRISIS EVOLUCIÓN MÉDICA DEL 6 AL 21 DE MAYO DE 2007, CONSIGNA:</u></p> <p><i>“(…)”</i></p> <p><u>06/05/2007:</u></p> <p><i>18+00 medicina interna: paciente con antecedente de ca mama con tratamiento quien ingresa por cuadro inespecífico de dificultad respiratoria progresiva, según familiar intolerancia a la vía oral por lo cual consulta. (...). movilización de secreciones a la auscultación, RX TORAX con infiltrados alveolares incipientes báseles derechos. se considera descartar proceso neoplasia oculto versus inmunodeficiencia adquirida dado el contexto de la paciente. se considera en el momento del cuadro no compatible con proceso neumónico por los cual se esperan paraclínicos que corroboren esta posibilidad diagnóstica. <u>DEBIDO A CEFALEA CRÓNICA SE DEBE DESCARTAR INFECCIÓN DEL SNC CON TAC DE CRÁNEO Y POSIBLEMENTE PUNCIÓN LUMBAR. SE SOLICITAN LABORATORIOS COMPLEMENTARIOS: ECO ABDOMINAL, PROTEINAS TOTALES Y ALBUMINA, PT, PTT, GASES ARTERIALES.</u></i></p>
--	--

	<p><u>07/05/2007</u></p> <p><i>paciente taquicardia, con oxigeno por cánula nasal, con disminución de broncoespasmo, valorada por medicina interna quienes evidencia presencia de infiltrados a nivel basal derecho, consideran neumonía e inician antibiótico, se decide hospitalización por el servicio de medicina interna.</i></p> <p><u>08/05/2007</u></p> <p><i>paciente en el momento se encuentra hemo dinámicamente estable sin signos de dificultad respiratoria sin signos de respuesta inflamatoria sistemática sin picos febriles se evidencia en la TAC cerebral imagen quística que puede corresponder a astrocitoma por lo que se decide solicitar valoración por el servicio de neurología.</i></p> <p><u>09/05/2007</u></p> <p><i>paciente valorada por el servicio de neurocirugía quienes consideran de la paciente cursa masa cerebral posible tumor a estadificar, por el momento paciente con infección pulmonar en tratamiento. neurocirugía decide continuar como médico tratante de paciente si continuara por parte de medicina interna apoyo en manejo de proceso infeccioso.</i></p> <p><u>10/05/2007</u></p> <p><i>paciente despierta, pupilas isocóricas, obedece a ordenes, moviliza las 4 extremidades sin déficit motor, atrofia muscular paciente estacionaria. pendiente resonancia. plan nutrición.</i></p> <p><u>11/05/2007</u></p> <p><i>paciente despierta, quien moviliza las extremidades, obedece a ordenes con atrofia muscular. manejo con nutrición, pendiente resonancia magnética cerebral simple y con contraste.</i></p> <p><u>12/05/2007</u></p> <p><i>paciente con mejoría de apetito, se comunica a los familiares el estado nutricional de la paciente conlleva mayor riesgo de morbi-mortalidad al ser sometida a cualquier procedimiento quirúrgico. por lo que debe primero alcanzar parámetros nutricionales y generales.</i></p> <p><u>13/05/2007</u></p> <p><i>(...) hemo dinámicamente estable, son signos de deterioro neurológico, obedece a ordenes, moviliza las 4 extremidades no rigidez nual, continua con cuidados anti escara, manejo multidisciplinario, (...) en proceso de estabilización del estado general, y nutricional, para poder realizar manejo quirúrgico de hidrocefalia secundaria y resección de tumor del cuadro de vértigo, previa realización de resonancia magnética cerebral simple y contrastada.</i></p> <p><u>15/05/2007</u></p> <p><i>(...) se informa a la familia que la paciente puede requerir 3er ventriculostomía de urgencia para manejo de hidrocefalia, los familiares refieren que por el momento no autorizaran intervención quirúrgica y firman debidamente en la historia clínica. paciente continúa manejo médico y rehabilitación nutricional.</i></p> <p><u>16/05/07</u></p>	
--	---	--

	<p>(...), signos de desnutrición proteico-calórica severa, con vía de acceso venoso central, en buen estado, <u>el día de ayer no se realizó resonancia magnética porque según informe LA PACIENTE NO COLABORO CON EL EXAMEN.</u> continuo manejo de soporte nutricional, se explica a los familiares que se requiere reprogramar la cita para la resonancia magnética cerebral, se da información acerca de la patología actual, así como <u>LA POSIBILIDAD DE QUE PUEDA SER UNA MASA DE ORIGEN METASTÁSICO, POR ANTECEDENTE DE CÁNCER DE MAMARIO.</u></p> <p>(...)</p> <p><u>17/05/2007</u></p> <p>valoración por medicina interna; quienes solicitan ecocardiograma, troponina y concepto por cardiólogo paciente es llevado por ambulancia medicalizada a cita de resonancia magnética cerebral simple y contrastada.</p> <p>Es valorada por cardiología quienes dan recomendación en caso de requerir procedimiento quirúrgico de evitar sobrecarga hídrica,</p> <p>IMAGEN PRELIMINAR DE RESONANCIA MAGNÉTICA CEREBRAL, sugerente de lesión infiltrativa de fosa posterior hacia tallo cerebral, sugerente de metástasis. en espera de resolución de cuadro infeccioso y mejora del estado nutricional, se presentara en junta de neurocirugía.</p> <p><u>19/05/2007</u></p> <p>paciente despierta desorientada, en malas condiciones nutricionales se retiró acceso venoso central, por lo que se solicita valoración a cirugía general para colocación de nueva vía de acceso venoso central. que colocan sin complicaciones, paciente con secreción bronquial por lo que se envía interconsulta a medicina interna, quienes indican continuar manejo antibiótico por hallazgos infecciosos de infiltrados sin consolidaciones en RX de tórax</p> <p>.</p> <p><u>20/05/2007</u></p> <p>(...) evolución clínica mala. en horas de la tarde presenta distrés respiratorio. se realizan maniobras de vía aérea con conjunto con cuidado intensivo y terapia respiratoria, saturación por oximetría del 46%. posterior a ventilación a presión positiva (...) se logra mejoría solo hasta 80% de saturación.</p> <p>UCI informa que en el momento no hay camas disponibles en la unidad de cuidados intensivos.</p> <p>Se entrega a trabajo social solicitud de remisión para cuidado intensivo en otra institución.</p> <p>Se toma TAC cerebral en el cual no se observan cambios significativos con respecto a los estudios previos.</p> <p><u>RX de tórax portátil se observan infiltrados mixtos en ambos campos pulmonares con consolidación basal derecha.</u> glucometría de 175, kg no compatible con evento isquémico, se solicitan gases arteriales (...) se solicita valoración por medicina interna quienes consideran que la paciente está muy mala condición con mal pronóstico y no es candidata</p>	
--	---	--

	<p><i>adecuada para intubación orotraqueal. se mantiene paciente soporte con ventilación a presión positiva según la necesidad y monitoria no invasiva.</i></p> <p><i>(...) <u>posteriormente presenta paro cardiorrespiratorio presenciado. se realizan maniobras de reanimación con participación del servicio de medicina interna, neurocirugía y terapia respiratoria. se logra recuperar ritmo espontaneo a los 20 minutos aproximadamente de reanimación pero la paciente no presenta reflejos de tallo con pupilas medriaticas fijas,</u></i> (...) en conjunto se considera que debió al estado clínico de la paciente, la comorbilidad y la ausencia de signos neurológicos la paciente no se beneficia de nuevas maniobras.</p> <p><i>(...) fallece 21/05/2007 00:03 hrs. se informa a la familiar. se indica posibilidad de necropsia académica....</i></p> <p><u>DIAGNOSTICOS:</u> <i>Diagnóstico de Ingreso: J08X SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIO ADULTO</i> <i>Diagnostico Relacionada 1: C509 TUMOR MALINGO DE LA MAMA PARTE NO ESPECÍFICA</i> <i>Diagnostico Relacionada 2: C794 TUMOR MALINGO SECUNDARIO DE OTRAS PARTES DEL SISTEMA NERVIOSA</i> <i>(...)</i> <i>Diagnostico Relacionada 3: E43X DESNUTRICION PROTEICOALORIAS SEVERA, NO ESPECÍFICA.</i> <i>Diagnostico complicación: J158 OTRAS NEUMONIAS BACTERIANAS</i> <i>Aclaración Diagnostico: HIDROCEFALIA OBSTRUCTIVA COMPENSADA.</i> <i>SEPSIS URINARIA. INFECCION URINARIA.”</i></p>	
--	---	--

6.4.1.4- En contexto de la reseñada documental, conjugados los hechos de la demanda que no fueron controvertidos, y contrastado el debate que se suscita en esta instancia, los siguientes **hechos probados**:

- En el año 2000, se le realizó a la señora ANA SILVIA ARTUNDUAGA DE RINCÓN, retiro de mama, por quiste canceroso, y no continuo con el tratamiento por haberse retirado del sistema.
- Aproximadamente cinco (5) años después, el 17 de noviembre de 2005, asiste a consulta externa en el HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO, con diagnostico lesión en cuello, y teniendo en cuenta su antecedente de cáncer de mama y la dolencia que presentaba, se ordena mamografía y TAC Cuello y Tórax.
- Tres (3) meses después, el 16 de febrero de 2006, ingresa por urgencias al mismo HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO, por accidente cardiovascular, y se le da manejo por especialista.

- Transcurridos nueve (9) meses, el 18 de noviembre de 2006, acude nuevamente a urgencia del HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO por dolor en la boca del estómago y vomito, con antecedente gastritis aguda y colon irritable, se le receta ranitidina, metoclopramida y pasil en ampolla; el 24 siguiente acude al mismo servicio, por acides y distensión abdominal de 7 días de evolución, y se le ordena endoscopia digestiva y valoración por cirugía general, se medica ratidina, metoclopramida y buscapina compuesta; el 27 del mismo mes, acude a urgencias, por dolor en epigastrio, y se le ordena la práctica de RX Tórax y valoración por consulta General.

- El 1 de diciembre de 2006, se reciben resultados de los exámenes que indican condiciones tórax y cuello normales, la mamografía sin rastros de cáncer, se recomiendo control en 6 meses.

- Mediando dos (2) meses, el 2 de febrero de 2007, acude nuevamente al servicio de urgencias en el HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO por distensión abdominal y pérdida de peso, asiste con resultados de exámenes, la biopsia de estómago que reporta Gastritis Crónica generada por "Helicobacter Pylori Delgado", ecografía de aspecto normal dentro de los límites normales; TAC de Abdomen dentro de límites normales y Video colonoscopia total dentro de los límites normales.

- Trascurridos aproximadamente cincuenta y cuatro (54) días, el 29 de marzo de 2007, es remitida del HOSPITAL DIVINO NIÑO SALVADOR -CENTRO DE SALUD LA CALERA al servicio de urgencias del HOSPITAL UNIVERSITARIO LA SAMARITANA ESE, **a la que ingresó con diagnóstico de 80X TUMOR MALIGNO DE SITIOS NO ESPECIFICADOS**, y permaneció en tratamiento intrahospitalario hasta el 04 de abril siguiente, cuando se le dio orden para continuar tratamiento ambulatorio, con **diagnóstico principal de 80X TUMOR MALIGNO DE SITIOS NO ESPECIFICADOS, y diagnóstico relacionados: 1) C509 TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICA, y 2) Aclaración de diagnóstico: SINDROME PARANEOPLASTICO**.

- Durante los seis (6) días de permanencia en el HOSPITAL UNIVERSITARIO LA SAMARITANA ESE, se le practicaron los siguientes exámenes diagnósticos: **ENDOSCOPIA VÍAS DIGESTIVAS ALTAS con diagnóstico de gastritis antral crónica y erosiva leve; ECOGRAFÍA ABDEOMINO PELVICA, con diagnóstico de normalidad, y RX TORAX, con diagnóstico de normalidad**, y ordenan la

práctica de gammagrafía ósea y TAC cerebral con contraste en apoyo al diagnóstico de metástasis.

➤ Mediando aproximadamente un (1) mes, el 06 de mayo de 2007, ingresa nuevamente por urgencias del HOSPITAL UNIVERSITARIO LA SAMARITANA ESE a tratamiento intrahospitalario, con cuadro de dificultad respiratoria progresiva, intolerancia a la vía oral, movilización de secreciones a la exploración, y en RX de tórax, reportando alveolares nacientes báseles derechos. Cuadro que se estima no compatible con proceso neumónico, y se ordenan paraclínicos para descartar proceso neoplasio oculto versus inmunodeficiencia adquirida para establecer diagnóstico, y en punto del cuadro de cefalea, se ordenan paraclínicos para descartar infección del Sistema Nervioso Central, con tac de cráneo y punción lumbar, también solicitan laboratorios complementarios, eco abdominal, proteínas totales y albumina, pt, ptt, y gases arteriales.

➤ En lapso comprendido del 06 al 21 de mayo de 2007, cuando fallece se le diagnostican: **(i) taquicardia** a la que se le da manejo con suministro de oxígeno por cánula nasal; neumonía a la que se le da manejo con antibiótico; **(ii) masa quística** identificada con apoyo en TAC cerebral y de la que se indica por la especialidad de neurología, que es un posible tumor a estadificar, especialidad que asume el caso y continua tratando a la paciente con apoyo de medicina interna de manejo de infeccioso, y **(iii) mayor riesgo de morbi-mortalidad** por su deficiente estado nutricional e inicia manejo multidisciplinario.

➤ Encontrándose en tratamiento intrahospitalario en el HOSPITAL UNIVERSITARIO LA SAMARITANA ESE, sus familiares no autorizaron intervención quirúrgica, **y el 18 de mayo, se realiza resonancia magnética cerebral simple y contrastada la que sugiere lesión infiltrativa de fosa posterior hacía tallo cerebral concordante con metástasis.**

➤ El 20 siguiente, su estado de salud empeora, presentando en horas de la tarde distrés respiratorio, que en resultado a las maniobras de vía área en conjunto con cuidado intensivo y terapia respiratoria, para de una saturación por oximetría del 46% a un 80% de saturación, **y se entrega a trabajo social solicitud de remisión para cuidado intensivo en otra institución** por no disponibilidad de cama en esa UCI.

➤ el 21 de mayo, se toma TAC CEREBRAL sin registrar cambios significativos con respecto a los estudios previos, RX de tórax portátil que registra infiltrados mixtos en ambos campos pulmonares con consolidación basal derecha, en

valoración por medicina interna, se determina que no encuentra en condición para intubación orotraqueal, y se mantiene con soporte de ventilación a presión positiva, situación en la que presenta paro cardiorrespiratorio al que se dio manejo con maniobras de reanimación con participación del servicio de medicina interna, neurocirugía y terapia respiratoria, logrando recuperar ritmo espontáneo a los 20 minutos aproximadamente de reanimación y luego fallece.

6.5. Análisis del caso y decisión

Siendo que en este asunto se debate la responsabilidad del Estado por daño antijurídico en prestación del servicio de salud, se tiene que aplica el régimen de falla probada, y en consecuencia, es carga procesal de la activa probar el daño y nexo causal con el servicio, que avizora no cumplida en concreto, y procede entonces, desestimar el recurso de alzada y confirmar la sentencia de primera instancia.

6.5.1- Secuencia en la que es de precisar primeramente, que la imputación comporta en ámbito de la responsabilidad extracontractual del Estado, conjugar la órbita funcional de la entidad de la que se reclama la indemnización de los perjuicios derivados del daño antijurídico; máxime tratándose de falla en el servicio, por cuanto es en orden a las competencias que le incumben, que se configura la actuación irregular por omisión, extralimitación o descuido.

Parámetro que coloca de relieve, contrastadas las funciones del MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, que circunscriben sustancialmente a la definición y cumplimiento de las políticas públicas superiores en materia de salud; que no le es imputable el daño antijurídico fuente de la pretensión indemnizatoria que nos ocupa, por cuanto objetiva y materialmente no tuvo relación directa ni indirecta con los servicios prestados en las IPS accionadas, a la señora ANA SILVIA ARTUNDUAGA DE RINCÓN.

6.5.2- Asimismo y en lo que corresponde al HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO, resulta desvirtuado por la realidad procesal, el argumento de la activa apelante, conforme al cual y presuntamente por no haber tenido en cuenta los antecedentes de cáncer de mama de la señora ARTUNDUAGA DE RINCÓN, le habría ofrecido un tratamiento inadecuado por tardío diagnóstico, en lapso comprendido del 17 de noviembre de 2005, al 02 de febrero de 2007. Por cuanto evidencian en contrario los hechos probados.

Es así que según reseña la historia clínica de la paciente, documento que encuentra amparado con presunción de veracidad que no fue desvirtuada durante el debate procesal, la señora ARTUNDUAGA DE RINCÓN, suspendió por haberse retirado del sistema de salud, en comprensión de aproximadamente cinco (5) años, con posterioridad a la resección de la mama afectada con cáncer, su tratamiento y controles.

A lo que aúna, que el 17 noviembre de 2005, cuando acudió por consulta externa al HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO, lo hizo por lesión de cuello, y el médico tratante en atención enunciado antecedente, ordenó mamografía y TAC Cuello y Tórax, cuyos resultados conforme a lectura realizada el 01 de diciembre 2006, dieron como resultado negativo para cáncer y se le recomendó control en seis (6) meses. Sin que obre en el plenario medio de convicción a partir del cual refutar razonablemente, que el tiempo que medió entre la orden de los precitados exámenes diagnósticos y la lectura de su resultado, aproximadamente catorce (14) meses, sea imputable a la mencionada IPS.

Acreditando en contrario el hecho que con anterioridad a la referida lectura de resultados, el 16 de febrero de 2006, se le hubieran prestados servicios de urgencias, en el mismo HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO, por accidente cardiovascular, y el 18, 24 y 27 de noviembre de 2006, por dolor en la boca del estómago, vomito, acides, distensión abdominal y dolor en epigastrio, registrando como antecedente gastritis aguda y colon irritable, y ordena además de medicación endoscopia digestiva y valoración por cirugía general.

De forma que para el 2 de febrero de 2007, la valoración de la señora ARTUNDUAGA DE RINCÓN, en el servicio de urgencias del HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO por distensión abdominal y pérdida de peso, los médicos tratantes dispusieron con los resultados de biopsia de estómago que reportó Gastritis Crónica generada por "HELICOBACTER PYLORI DELGADO"; ecografía de aspecto normal dentro de los límites normales; TAC de Abdomen dentro de límites normales y Video colonoscopia total dentro de los límites normales.

En este orden y retomando la premisa jurisprudencial que predica del debido servicio de salud, que se satisface desvirtuando la falla en el servicio, no solo cuando se supera el cuadro clínico, sino cuando encuentra probado que en manejo del mismo, se colocaron a disposición y/o emplearon todos los medios de los que

disponía la entidad prestadora del servicio, asume categórica la no existencia de la falla en el servicio que posibilite imputar responsabilidad extracontractual al HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO, por la muerte de la señora ANA SILVIA ARTUNDUAGA DE RINCÓN, por cuanto encuentra probado, que le prestó servicios médicos de acuerdo a sus síntomas y patologías, empleando los medios de diagnóstico y talento humano de los que disponía, para establecer de manera oportuna el origen de sus dolencias, y aplicando en secuencia de ello, el tratamiento que resultaba acertado.

Premisa que fortalece como quiera y reitera en ello, que no obra dentro del plenario, pericia o informe técnico que contradiga o ponga en tela de juicio la atención médica, tratamientos, exámenes y medicamentos suministrados a la señora ARTUNDUADA RINCÓN, y en este panorama, los reparos de la activa asumen insuficientes como quiera que carecen de sustento probatorio.

6.5.3. En punto del servicio médico prestado por el HOSPITAL UNIVERSITARIO LA SAMARITANA E.S.E, a la señora ANA SILVIA ARTUNDUAGA DE RINCÓN, se finiquita en igual sentido, que no existió falla en el servicio.

Así emerge contrastado que ingreso por remisión del HOSPITAL DIVINO NIÑO SALVADOR -CENTRO DE SALUD LA CALERA, el 29 de marzo de 2007, con diagnóstico de 80X TUMOR MALIGNO DE SITIOS NO ESPECIFICADOS, y para el 04 de abril siguiente, cuando se le dio orden de salida para continuar tratamiento ambulatorio, egreso con diagnóstico principal de 80X TUMOR MALIGNO DE SITIOS NO ESPECIFICADOS, y como diagnósticos relacionados: *C509 TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICA* y *SINDROME PARANEOPLASTICO*²⁸. En secuencia en la que también asume relevancia, contrastada la tesis de la activa aquí apelante, de tardío diagnóstico por desconocer los antecedentes de cáncer de mama de la señora ARTUNDUAGA DE RINCÓN, que en lapso de seis (6) días de permanencia en el HOSPITAL UNIVERSITARIO LA SAMARITANA ESE, se le practicaron los siguientes exámenes diagnósticos: ENDOSCOPIA VÍAS DIGESTIVAS ALTAS con diagnóstico de gastritis antral crónica y erosiva leve; ECOGRAFÍA ABDOMINO PELVICA, con diagnóstico de normalidad, y RX TORAX, con diagnóstico de normalidad, y ordenan la práctica de gammagrafía ósea y TAC cerebral con contraste en apoyo al diagnóstico de metástasis.

²⁸ Término que describe las enfermedades en las que hay células anormales que se multiplican sin control e invaden los tejidos cercanos. <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/neoplasia-maligna>

Agrega en evidencia de la correcta gestión de la HOSPITAL UNIVERSITARIO LA SAMARITANA, confrontada la enunciada tesis de la activa apelante, que reingresada la señora ARTUNDUAGA RINCÓN, el 06 de mayo de 2007, con dificultad respiratoria progresiva, intolerancia a la vía oral, con movilización de secreciones a la exploración y RX tórax con infiltrados alveolares nacientes báseles derechos; el 18 de mayo siguiente, se le realiza resonancia magnética cerebral simple y contrastada, de la que se concluye lesión infiltrativa de fosa posterior hacia tallo cerebral concordante con metástasis. De forma que el precitado diagnóstico, que asume consecuencial con el antecedente de cáncer de mama, se dio, transcurridos aproximadamente treinta y cinco (35) días de su ingreso primigenio a la mencionada IPS, lapso que por su cortedad, descorre de un todo el reproche de tardío diagnóstico por desconocimiento del referido antecedente.

Además los galenos desplegaron entre otras las siguientes conductas con fines a estabilizar la paciente y propiciar mejoramiento de su cuadro de deterioro general para posibilitar, intervención quirúrgica para retiro del quiste metastásico: **(i)** suministro de oxígeno por cánula nasal; **(ii)** paraclínicos en definición del proceso neoplasia oculto versus inmunodeficiencia; **(ii)** exámenes en determinación de infección del SNC²⁹ con TAC de cráneo, punción lumbar y laboratorios complementarios; **(iii)** tratamiento con antibiótico, y **(iv)** plan nutricional

En conclusión la ESE demandada, no demoró ni se equivocó los diagnósticos y tratamientos que requería la señora ANA SILVIA ARTUANDUAGA DE RINCÓN, advertido conforme ha venido decantando, que solo el error producto de una deficiente prestación del servicio médico hospitalario, puede llegar a comprometer la responsabilidad extracontractual del Estado con ocasión a la prestación del servicio de salud, como quiera que, lo decisivo no es establecer si el médico se equivocó, sino si empleó los recursos adecuados para llegar a un diagnóstico acertado. Ciertamente al médico no se le juzga el error de juicio en sí mismo, sino el comportamiento que lo llevó a cometerlo, por lo que se debe investigar si los galenos adoptaron todas las medidas científicas, diagnósticas y tecnológicas aconsejadas por la ciencia para elaborar el diagnóstico.³⁰ Y de resultar probado el despliegue de conductas oportunas y eficientes, el daño por la acción u omisión de los profesionales que tuvieron a su cargo la atención del paciente, era una carga que debía soportar.³¹

²⁹ Infecciones del Sistema Nervioso Central -NSC. Bernardo Uribe
<https://www.acnweb.org/guia/g1c10i.pdf>

³⁰ Ver VÁZQUEZ FERREYRA, Roberto, Op. Cit. p. 96, 97.

6.5.4. En marco de la valoraciones que anteceden es de recapitular que para imputar responsabilidad a la administración por daños derivados de falla en el servicio médico asistencial, es necesario demostrar que no se prestó adecuadamente, entre otros y de manera puramente enunciativa, porque el profesional de la salud omitió interrogar al paciente o a su acompañante sobre la evolución de los síntomas que lo aquejaban; o no sometió al enfermo a una valoración física completa y seria³²; u omitió utilizar oportunamente todos los recursos técnicos a su alcance para confirmar o descartar un determinado diagnóstico³³; u omitió el seguimiento que correspondía a la evolución de la enfermedad, o simplemente, incurrió en un error inexcusable para un profesional de la respectiva especialidad³⁴.

En contraste con los servicios prestados a la señora ARTUNDUAGA RINCÓN, no emerge premisa fáctica, que establecida procesalmente, soporte reproche de falla en el servicio por tardío o errado diagnóstico, tampoco concurre elemento probatorio alguno, para edificar reproche frente del tratamiento prestado, como quiera que la comunidad probatoria encuentra integrada exclusivamente por su historia clínica, y ésta documenta de manera clara, precisa, en orden cronológico los antecedentes médicos de la paciente y cada tratamiento recibido; tornando no imputable a las IPS accionadas, la causa eficiente o determinante de las deficiencias advertidas a nivel cerebral lesión infiltrativa de fosa posterior hacia tallo cerebral - sugerente de metástasis, ni ningún otro aspecto del cuadro clínico al que devino la muerte de la señora ARTUNDUAGA RINCÓN.

Sin condena en costas,

³¹ **CONSEJO DE ESTADO.** Sala de lo Contencioso Administrativo. 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.

³² **IBÍDEM.** En la sentencia de 10 de febrero de 2000, 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. Alier Eduardo Hernández.

³³ **IB.** 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.

³⁴ 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.

advertido que trata de proceso iniciado en vigencia del Código Contencioso Administrativo - CCA, y que conforme a su artículo 171, reformado por el artículo 55 de la Ley 446 de 1998, la condena en costas presupone conducta temeraria de la parte gravada con la misma, que no es refutable de la aquí vencida.

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: Confirmar la sentencia proferida el veinticinco (25) de septiembre de dos mil diecisiete (2017), por el Juzgado Administrativo Transitorio - Despacho N°110013333401 de Bogotá, de acuerdo con lo expuesto en esta decisión.

SEGUNDO: Sin condena en costas en esta instancia.

TERCERO: Devolver el expediente al Juzgado de origen. Por Secretaría de esta Corporación, **déjese** las constancias del caso.

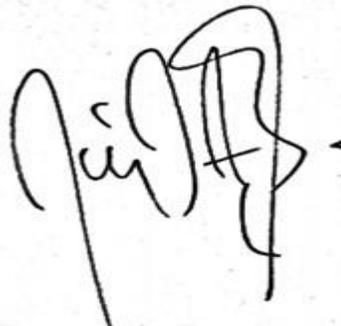
NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,



MARÍA CRISTINA QUINTERO FACUNDO
Magistrada



FERNANDO IREGUI CAMELO
Magistrado



JOSÉ ÉLVER MUÑOZ BARRERA
Magistrado