

REPÚBLICA DE COLOMBIA



JUZGADO TREINTA Y CINCO (35) ADMINISTRATIVO
DEL CIRCUITO JUDICIAL DE BOGOTÁ D.C.
- SECCIÓN TERCERA -

Bogotá, D.C, veintidós (22) de julio de dos mil veintidós (2022)

Expediente	11001333603520130007500
Medio de control	Reparación Directa
Demandante	Alán David Uribe Uribe y otros
Demandada	Hospital de Meissen II Nivel E.S.E. y Bogotá Distrito Capital

SENTENCIA

Agotadas las etapas y revisados los presupuestos procesales del medio de control de reparación directa, sin que se adviertan causales de nulidad que invaliden lo actuado, procede este Despacho Judicial a proferir sentencia dentro del proceso de la referencia, de acuerdo con el artículo 187 de la Ley 1437 de 2011.

I. ANTECEDENTES

1.1. LA DEMANDA

Mediante apoderado judicial, los señores Alan David Uribe Uribe, Jenny Patricia Uribe Correa, Claudia Ivon Uribe de Rojas, Diego Fernando Uribe Correa, John Alexander Uribe Correa y Gabriel Gonzalo Uribe Gaviria presentaron demanda de reparación directa en contra de Bogotá Distrito Capital y el Hospital Meissen E.S.E. II Nivel de Atención, con el fin de que se declararan administrativa y patrimonialmente responsables, por los perjuicios causados por la muerte de Carlos Alberto Uribe Correa.

1.2. PRETENSIONES

La parte actora solicitó se hicieran las siguientes declaraciones y condenas¹:

"PRIMERA. - Que **CARLOS ALBERTO URIBE CORREA**, en vida (...) aparece afiliado al SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, NIVEL 2 DEL SISBEN, RÉGIMEN SUBSIDIADO, desde el primero (1º) de octubre de 2009, de conformidad con la ENCUESTA DE INCORPORACIÓN Y ESTRATIFICACIÓN PERTINENTE, adscrito al HOSPITAL VISTA HERMOSA E.S.E. I NIVEL de Bogotá, Distrito Capital.

SEGUNDA. - **DECLARAR** que **BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL**, y el **HOSPITAL MEISSEN EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO II NIVEL DE ATENCIÓN** son administrativa, solidaria, y patrimonialmente responsables de los perjuicios materiales, morales, y de la vida de relación (fisiológicos, disminución goce de vivir, alteración condiciones de existencia) causados a los DEMANDANTES en virtud del Daño Antijurídico padecido (Art. 90; C.P./91; ley 270 96, arts. 65 a 78, mods. Ley 1285/2009) por **ALAN DAVID URIBE URIBE, NATALY URIBE URIBE** (Hijo Terceros Afectados), **JENNY PATRICIA URIBE CORREA, CLAUDIA IVÓN URIBE C. de ROJAS, DIEGO FERNANDO URIBE CORREA, JOHN ALEXANDER URIBE CORREA y GABRIEL GONZALO URIBE GARCÍA** (Hermanos Terceros Afectados Damnificados), con

¹ Según escrito integrado de la demanda y de su adición obrante a folios 69 – 103 del cuaderno 1

ocasión de la **FALLA DEL SERVICIO MÉDICO – HOSPITALARIA** por cuya razón el día 23 de mayo de 2.011 se produjo la muerte del señor CARLOS ALBERTO URIBE CORREA. (...)

TERCERA. - Consecuencialmente, USTED SE SERVIRÁ CONDENAR A BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL y al HOSPITAL MEISSEN EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO II NIVEL DE ATENCIÓN, in solidum, a PAGAR A CADA UNO DE LOS DEMANDANTES, a Título de PERJUICIOS MORALES SUBJETIVOS – Pretium Doloris -, el equivalente en pesos colombianos, las siguientes cantidades de SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES, a la fecha de ejecutoria del Fallo Estimatorio, así:

3.1.- A favor de ALAN DAVID URIBE URIBE (Hijo Tercero Afectado Damnificado), Doscientos (200) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes o lo máximo admitido como precedente por la Jurisprudencia de la H. Corporación al tiempo de la Sentencia.

3.2.- A favor de NATALY URIBE URIBE (Hija Tercera Afectada Damnificada), Doscientos (200) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes o lo máximo admitido como precedente por la Jurisprudencia de la H. Corporación al tiempo de la Sentencia.

3.3.- A favor de JENNY PATRICIA URIBE CORREA (Hermana Tercera Afectada Damnificada), Cien (100) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes o lo máximo admitido como precedente por la Jurisprudencia de la H. Corporación al tiempo de la Sentencia.

3.4.- A favor de CLAUDIA IVÓN URIBE C. DE ROJAS (Hermana Tercera Afectada Damnificada), Cien (100) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes o lo máximo admitido como precedente por la Jurisprudencia de la H. Corporación al tiempo de la Sentencia.

3.5.- A favor de DIEGO FERNANDO URIBE CORREA (Hermano Tercero Afectado Damnificado), Cien (100) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes o lo máximo admitido como precedente por la Jurisprudencia de la H. Corporación al tiempo de la Sentencia.

3.6.- A favor de JOHN ALEXANDER URIBE CORREA (Hermano Tercero Afectado Damnificado), Cien (100) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes o lo máximo admitido como precedente por la Jurisprudencia de la H. Corporación al tiempo de la Sentencia.

3.7.- A favor de GABRIEL GONZALO URIBE GAVIRIA (Hermano Tercero Afectado Damnificado), Cien (100) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes o lo máximo admitido como precedente por la Jurisprudencia de la H. Corporación al tiempo de la Sentencia.

CUARTA. - CONDENAR solidariamente a BOGOTÁ, DISTRITO CAPITAL, y al HOSPITAL MEISSEN EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO II NIVEL DE ATENCIÓN a pagar en beneficio de LOS DEMANDANTES, a título de PERJUICIOS MATERIALES – Daño emergente y Lucro cesante: indemnizaciones consolidada y futura – padecidos habida consideración del (sic) la intempestiva, prematura e injusta muerte de su Padre y Hermano CARLOS ALBERTO URIBE CORREA, atendiendo las siguientes bases de liquidación:

4.1.- El equivalente del Salario Mínimo Legal Mensual Vigente, moneda legal colombiana que ganaba u obtenía de utilidades líquidas el señor CARLOS ALBERTO URIBE CORREA desde hacía muchos años en su TALLER DE EBANISTERÍA – CARPINTERIA, principalmente al tiempo de su deceso ocurrido el 23 de mayo de 2011, más un treinta por ciento (30%) de prestaciones sociales causadas.

4.2.- Actualizada la cantidad pertinente según la variación porcentual del índice de precios al consumidor existente desde el veintitrés (23) de mayo de 2.011, y el que arroje o certifique el DANE cuando se emita la fazaña (sic) de segundo grado o la providencia que apruebe la liquidación de los perjuicios materiales.

4.3.- La Fórmula de Las Matemáticas Financieras aceptada por el H. Consejo de Estado, Sección Tercera, atendiendo al punto las indemnizaciones consolidadas o vencidas, y las futuras. En las que ha venido aplicándose inveteradamente para la liquidación y actualización de los Perjuicios Materiales – en la Modalidad de Lucro cesante – la siguiente Fórmula **VP = VH ÍNDICE FINAL ÍNDICE INICIAL**: De donde, **VP, Valor Presente**: se obtiene de multiplicar el VH, Valor Histórico con el resultado de dividir el **ÍNDICE FINAL** – que dice referirse al índice de precios al consumidor a la fecha de la ejecutoria de la sentencia o del índice de precios al consumidor a la fecha de causación del perjuicio –, la cual en el presente evento lo será el día 23 de mayo de 2011.

QUINTA. - CONDENAR SOLIDARIAMENTE A BOGOTÁ, DISTRITO CAPITAL, y EL HOSPITAL MEISSEN EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO II NIVEL DE ATENCIÓN, a pagar a favor de cada uno de los demandantes el equivalente en pesos colombianos, la cantidad de CINCUENTA (50) SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES o lo máximo admitido por la jurisprudencia colombiana, a TÍTULO DE PERJUICIOS DE VIDA DE RELACIÓN (fisiológicos, disminución del goce de vivir, alteración condiciones de existencia, proyecto de vida, etc.), por la carencia o supresión intempestiva futura de los goces, placeres y disfrutes relevantes de la vida en relación familiar, filial, parental y social, que ciertamente padecerán todos los actores a consecuencia de la ausencia definitiva que suscita la muerte de su Padre y Hermano CARLOS ALBERTO URIBE CORREA.

SEXTA. - La condena pertinente será actualizada a voces de la norma del artículo 187 y 195 del C. de P. A. y de lo C. A. (Ley 1437/2011); y se reconocerán los intereses legales desde la fecha de ocurrencia de los hechos (23-mayo-2011) hasta cuando se les dé pleno cumplimiento al fallo ejecutoriado que ponga fin al plenario. Los intereses moratorios se deberán desde la fecha de ejecutoria de la sentencia C-188 del 24 – Marzo - 1999 Mag. Pon. Dr. José Gregorio Hernández G.

SÉPTIMA. - BOGOTÁ, DISTRITO CAPITAL y el HOSPITAL MEISSEN EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO II NIVEL DE ATENCIÓN, solidariamente, darán cumplimiento a la Sentencia Condenatoria dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de su Ejecutoria, a tenor de las preceptivas de los Arts. 188 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo C. A. (Ley 1437/2011), y las pertinentes del C. Gral del Proceso (Ley 1564/2012). (...)

1.3. FUNDAMENTOS FÁCTICOS

El fundamento fáctico de la demanda es el que a continuación se sintetiza:

- Desde el 3 de septiembre de 2009 el señor Carlos Alberto Uribe Correa estuvo afiliado en el régimen subsidiado en el nivel 2.
- El 7 de mayo de 2011 fue atendido en el servicio de urgencias del Hospital Vista Hermosa E.S.E. I Nivel de Atención por lumbalgia dorsal irradiada a miembros inferiores con limitación funcional siendo tratado con analgésicos y con orden de salida para el mismo día.
- El 17 de mayo de 2011 ingresó al servicio de urgencias del Hospital Meissen E.S.E. II Nivel de Atención por fuerte dolor lumbar, lo que le impedía mover sus miembros inferiores.
- El día 18 de mayo de 2011 el Hospital Meissen E.S.E. II Nivel de Atención le diagnosticó "multi discitis, ¿mielopatía secundaria a staphylococcus? Síndrome meníngeo, mal de pott ...???"
- También indicó que para ese entonces los médicos tenían "intenciones de ordenar la práctica diagnóstica de un TAC CEREBRAL y de UNA PUNCIÓN LUMBAR" con el fin de descartar la meningitis bacteriana", lo que nunca ocurrió.
- El 21 mayo de 2011 ordenaron la remisión a un Hospital de III Nivel de Atención con el fin de realizarse un manejo integral de la sintomatología sin lograr el traslado del paciente.
- Tras varios días de hospitalización, el 23 de mayo de 2011 el señor Carlos Alberto Uribe Correa fallece sin que fuera posible establecer la causa al momento de su deceso, motivo por el cual fue ordenada su necropsia por parte del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. En el informe pericial de necropsia N° 2011010111001002064 del 24 de mayo de 2011 se concluyó: "causa básica de la muerte: Hombre adulto fallece en centro asistencial por una meningitis bacteriana y neumonía bacteriana, cuya etiología está en estudio... se requiere informe histopatológico".

1.4. FUNDAMENTOS JURÍDICOS DE LA DEMANDA

La parte demandante principalmente invoca como fundamento jurídico de sus pretensiones los artículos 1, 2, 4, 5, 11, 13, 23, 29, 42, 48, 49, 74, 79, 83 a 85, 90, 93 y 94 de la Constitución Política. Además, citó los artículos 1º, 3, 4, 152, 153, 156, 157-2, 159, 162, 185 y 211 de la Ley 100 de 1993, entre otros. Asimismo, trajo a colación la Convención Americana de Derechos Humanos. Igualmente, hizo énfasis en el precedente jurisprudencial del Consejo de Estado y de la Corte Constitucional relacionado con la reparación que le asiste al Estado relacionado con el daño causado al derecho fundamental de la salud por la dilación en el diagnóstico del paciente y por la falta de tratamiento oportuno de la patología presentada.

Luego de exponer lo relacionado por la literatura médica sobre la sintomatología a tener en cuenta para diagnosticar la meningitis bacteriana, explicó que las principales bacterias causantes son las "*streptococcus pneumoniae*", "*neisseria meningitidis*" y "*criptococcus neoformans*". Asimismo, señaló que la meningitis vírica es generalmente menos grave que la bacteriana y que la mayor parte de pacientes se recuperan en cuestión de 10 a 12 días. Basado en esas características indicó que los síntomas de la meningitis vírica y de la bacteriana son a menudo los mismos y que el diagnóstico temprano es de importancia crítica, y que por ello generalmente su detección se efectúa mediante el análisis de una muestra del líquido que rodea a la médula espinal (líquido cefalorraquídeo) obtenida por punción lumbar.

Con apoyo en lo anterior señala que en este caso se encuentra comprometida la responsabilidad de la administración por la falla en el servicio en que incurrió el Hospital Meissen E.S.E. II Nivel de Atención por la demora injustificada en el diagnóstico ante la tardanza de realizar la punción lumbar; y, por consiguiente, por la omisión del tratamiento médico que lograra el restablecimiento de la salud del paciente. Tales circunstancias las considera como la causa de la muerte del paciente que derivan en una falla del servicio médico.

1.4. CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

1.4.1. Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. (Antes Hospital de Meissen II Nivel E.S.E)

El Hospital de Meissen II Nivel ESE (hoy Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E), se opuso rotundamente a las pretensiones de la demanda, argumentando que, según lo consignado en la historia clínica, era una enfermedad de difícil diagnóstico por cuanto cada día de la hospitalización empeoró su cuadro clínico y que finalmente causó su deceso.

Asimismo, propuso como excepciones de mérito las denominadas "*ausencia de responsabilidad del Hospital de Meissen II Nivel*", la de "*cumplimiento de los estándares en la prestación de los servicios de salud*" y "*ausencia de culpa*".

Señaló que el paciente ingresó a la institución el día 17 de mayo de 2011 por el servicio de urgencias con un cuadro de un mes de evolución de dolor lumbar irradiado a miembro inferior izquierdo con limitación funcional; dolor que se tornaba intolerable sin mejora a pesar de la toma analgésicos y que en su momento solamente presentaba fiebre con signos radiculares. Que dadas las condiciones regulares fue valorado de forma conjunta por neurología y ortopedia e interconsultando con medicina interna por el dolor lumbar y le fue ordenada una resonancia nuclear magnética.

El 19 de mayo de 2011 el paciente fue hospitalizado con impresiones diagnósticas por cuadro de discitis, espondilodiscitis lumbar vs. neuroinfección milelitis, y con registro de rigidez nucal, kerning dudoso persistiendo déficit de fuerza muscular, dolor en piernas y región lumbar.

Con apoyo en lo anterior, expuso que la valoración inicial se realizó con los resultados de dicha impresión diagnóstica, razón por cual en su momento resultó necesario realizar

interconsulta con las especialidades de medicina interna, neurología, y neurocirugía, con el fin de completar el estudio, por cuanto así lo exige el tratamiento de estas patologías. Señala que tales patologías fueron tratadas de forma oportuna y con manejo adecuado conforme a la *lex artis*. Por esa razón, invoca la ausencia de responsabilidad del Hospital, principalmente porque en su momento la patología que presentaba era de espondilodiscitis, y de neuroinfección, y dadas las particularidades de la patología fue tratado adecuadamente.

Controvirtió lo dicho por los demandantes en lo concerniente a que el Hospital no realizó punción lumbar. Señaló que para el 21 de mayo no fue posible realizarla en razón a la persistencia de leucocitosis que daba cuenta de una inflamación infecciosa de las meninges (capas envoltorias del cerebro), motivo por el cual fue tratado con antibiótico vancomicina, y a su vez fue solicitada una gammagrafía ósea de tres fases. Así que en tales circunstancias no era posible realizar inmediatamente la punción porque ello representaba un riesgo para el paciente, ya que al hacer la punción diseminaba la infección al sistema nervioso central y empeoraba la salud del paciente.

Advirtió que el día 22 de mayo de 2011 el paciente presentó deterioro neurológico progresivo persistiendo leucocitosis con neutrofilia, con criterios clínicos de meningitis, por lo que se continuó el tratamiento con antibióticos (vancomicina más ceftriaxona, ampicilina y dexametasona). Por tal razón, en su momento los médicos tratantes consideraron el ingreso a la Unidad de Cuidados Intermedios mientras se surtía la remisión a un Hospital de III Nivel; y aun así, el 23 de mayo de 2011 continuaba el paciente en malas condiciones con dolor constante, puesto que ya se encontraba desubicado en espacio y de personas, sin deposición desde hacía 4 días, peristaltismo. Todo ello llevó a señalar a diagnosticar el cuadro de meningoencefalitis, ante lo cual, los médicos buscaron alternativas al tratamiento antibiótico dado que el paciente no respondía favorablemente al ya suministrado; inmediatamente se le suministró piperacilina, tazobactam, vancomicina, con intubación orotraqueal, y paso central por PVC alta, con inicio de furosemida.

Puso de presente que finalmente quedó pendiente la remisión a la Unidad de Cuidados Intermedios; y que paralelamente se le realizó una punción lumbar con salida de material lechoso y hemorrágico por lo que en esas circunstancias no fue posible obtener una muestra; que las 12:55 horas presentó paro cardiorrespiratorio, de inmediato realizaron maniobras de resucitación avanzadas, pero acaeció su fallecimiento. Ante la imposibilidad de definir la causa del su deceso fue ordenada la necropsia clínica.

Por todo lo anterior, no existe responsabilidad del Hospital porque el equipo médico prestó los servicios médico-asistenciales de forma adecuada, diligente y de acuerdo a los estándares ofertados para un segundo nivel de atención. Por consiguiente, solicitó se negaran las pretensiones de la demanda.

1.4.2. BOGOTÁ – DISTRITO CAPITAL

La entidad no contestó la demanda.

1.5. ALEGATOS DE CONCLUSIÓN

1.5.1. Parte Accionante

La parte demandante reiteró cada uno de los argumentos señalados en la demanda. Tras hacer un recuento del material probatorio, hizo hincapié en que con los testimonios recaudados en audiencia celebrada el 29 de julio de 2021 se encuentra plenamente probado que las conclusiones contenidas en el acta de reunión del Comité ad hoc del 2 de mayo de 2013 no tienen ningún respaldo médico científico, ni menos en la *lex artis* porque, en su sentir, considera que no es cierto que la espondilodiscitis fuera una barrera insalvable que impidiera realizar oportunamente la punción lumbar al paciente.

Así, entonces, sostuvo que los médicos tratantes no esclarecieron rápidamente el diagnóstico puesto que para el día 23 de mayo de 2011 la recolección del líquido cefalorraquídeo era "lechoso" lo que a estas alturas significaba que la infección había invadido sus pulmones, cerebro, venas y médula ósea. Tal actuar disminuyó notablemente sus oportunidades de

sobrevivir porque no le fue diagnosticada correctamente la meningitis bacteriana desde un inicio conllevando a que la patología no fuera tratada con éxito.

De otra parte, alegó que el Hospital de Meissen II Nivel ESE resulta responsable por el régimen objetivo de responsabilidad del Estado apoyado en el análisis efectuado por el Consejo de Estado en sentencia del 29 de enero de 2013² por medio del cual determinó que la bacteria *klebsiella pneumoniae multiresistente* que dio origen a la meningitis padecida por el paciente es de carácter intrahospitalario; y que por esta sola circunstancia, la Corporación concluyó que era suficiente para concluir que el Instituto Seguros Sociales era administrativamente responsable del daño padecido, porque las enfermedades de carácter intrahospitalario son imputables a los establecimientos de salud a título de riesgo excepcional. En virtud del precedente jurisprudencial, en su sentir consideró que es aplicable para su caso y por ello pidió al Juzgado acceder favorablemente a las pretensiones de la demanda y declarar la responsabilidad administrativa y extracontractual de las entidades demandadas.

1.5.2. Bogotá – D.C. – Secretaría Distrital de Salud

La entidad manifestó que, de conformidad con lo previsto en el artículo 31 de la Ley 1222 de 2007, no tiene asignada la función de prestación del servicio de salud y por ende no tuvo participación directa ni indirecta en los hechos de la demanda ni por los supuestos perjuicios irrogados a los demandantes. Señaló que en su caso existe falta de legitimación en la causa por pasiva. Además, puso de presente que dentro de las diligencias tampoco existe prueba de que haya faltado a sus deberes misionales con respecto a la inspección, vigilancia y control por presuntas fallas del servicio respecto de las instituciones prestadoras de los servicios de salud.

1.5.3. Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E (Antes Hospital Meissen II Nivel ESE)

La entidad accionada en el escrito de alegatos finales ratificó lo expuesto en la contestación de la demanda.

1.5.4. Ministerio Público

No emitió concepto.

II. CONSIDERACIONES

2.1. JURISDICCIÓN Y COMPETENCIA

El artículo 104 del Código de Procedimiento Administrativo y Contencioso Administrativo³, en adelante CPACA, consagra un criterio mixto para establecer los litigios que debe conocer la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo. De un lado, fijó el criterio material, disponiendo que son de conocimiento de esta jurisdicción las controversias originadas en actos, contratos, hechos, omisiones y operaciones sujetos al derecho administrativo y particulares cuando ejerzan funciones administrativas, es decir, aquellos que se causen por el ejercicio de dicha función; y de otro, un criterio orgánico, según el cual basta la presencia de una entidad sujeta al derecho administrativo para que el proceso sea tramitado ante esta jurisdicción.

Igualmente, conforme al numeral 1º del artículo 104 ibidem, la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo conoce de aquellos procesos en que se debate la responsabilidad

² Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Sentencia del 29 de agosto de 2013, Consejero de Ponente Danilo Rojas Betancourt, Exp. 30.283 Radicación N° 2500-23-26-000-2011-01343-01

³ CPACA artículo 104

La Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo está instituida para conocer, además de lo dispuesto en la Constitución Política y en leyes especiales, de las controversias y litigios originados en actos, contratos, hechos, omisiones y operaciones, sujetos al derecho administrativo, en los que estén involucradas las entidades públicas, o los particulares cuando ejerzan función administrativa. Igualmente conocerá de los siguientes procesos:

1. Los relativos a la responsabilidad extracontractual de cualquier entidad pública, cualquiera que sea el régimen aplicable [...]

extracontractual del Estado, asunto sobre el que versa el *sub judice*. Así las cosas, basta que se controvierta aquella respecto de una entidad o establecimiento público para que se tramite la controversia ante esta jurisdicción, por estar sometidas al derecho público.

Este Juzgado es competente para conocer el presente asunto de acuerdo con el artículo 155 del CPACA⁴, que dispone que los juzgados administrativos son competentes en los casos de reparación directa, inclusive aquellos provenientes de la acción u omisión de las entidades públicas, cuando la cuantía no exceda de 500 SMLMV.

2.2. TRÁMITE RELEVANTE DEL PROCESO

- La demanda fue presentada el 12 de julio de 2013. Mediante auto de 8 de agosto de 2013, se admitió la demanda. A su vez, por auto del 20 de noviembre de 2013 se admitió la adición de la demanda (fl. 195, c1).
- La demandada Hospital de Meissen contestó demanda como consta a folio 131-270, c1.
- Mediante auto de 11 de febrero de 2015 se tuvo por contestada la demanda en oportunidad y se corrió traslado de las excepciones (fl. 284, c1).
- Mediante escrito de fecha 20 de febrero de 2015 (fl. 286-293, c1), el apoderado de la parte demandante tachó de falsa el Acta Reunión de Comité Ad-Hoc del 2 de mayo de 2013 aportada con la contestación de la demanda visible a folio 145- 149, c1.
- El 16 de julio de 2015 se instaló la audiencia inicial; en dicha audiencia se adicionó el auto admisorio de la demanda, se admitió como demandada a la Secretaría Distrital de Salud-Bogotá-Distrito Capital y se ordenó su notificación (fl. 313-315, c1).
- El 28 de julio de 2016 se continuó la audiencia inicial, en la que se decretaron las pruebas solicitadas por las partes, como el dictamen pericial concerniente a establecer la idoneidad de la atención medica brindada al paciente Carlos Alberto Uribe Correa, entre otras.
- El 27 de octubre de 2016 se instaló la audiencia de pruebas (fl. 571-574, c 2), en la cual el apoderado judicial del demandante planteó la tacha de falsedad en contra del Acta del Comité Ad-Hoc del 2 de mayo de 2013, aportada con la contestación de la demanda. Señaló que las conclusiones a las que se llegó en dicha acta no se ajustan a la verdad (folio 145- 149, c1); para tal efecto, se decretó el testimonio del Dr. Rafael Serrano.
- En esta misma audiencia, el Despacho tuvo por desistido el dictamen pericial que debía ser rendido por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses decretado en audiencia inicial; cuya decisión fue apelada por el apoderado de la parte demandante.
- El 23 de febrero de 2017 se realizó la continuación de la audiencia de pruebas (fl. 516-519, c1), en la que para resolver sobre la tacha de falsedad del Acta del Comité ad hoc del 2 de mayo de 2013, se decretó: i) el testimonio de quienes suscribieron el acta de reunión de Comité ad -hoc del 2 de mayo de 2013, esto es: Luis Gilberto Arredondo (subdirector científico), Jorge Bonfante (coordinador medicina interna), Carlos Gómez (coordinador ortopedia), Rafael Serrano (coordinador neurología) y Ana Lucía Hormiga Marín (auditora de calidad); ii) el dictamen pericial.
- De otra parte, fue recepcionado el testimonio de Marco Antonio Sánchez y Yadi Alexandra Ciprián Merchán.

4 "Artículo 155. Competencia de los jueces administrativos en única instancia 6. De los de reparación directa, inclusive aquellos provenientes de la acción u omisión de los agentes judiciales, cuando la cuantía no exceda de quinientos (500) salarios mínimos legales mensuales vigentes..."

- Frente a la decisión de tener por desistido el dictamen pericial solicitado por la parte demandante para resolver el fondo del asunto, mediante providencia de 3 de abril de 2017 el Tribunal Administrativo de Cundinamarca- Sección Tercera-Subsección B, resolvió revocar la declaración del desistimiento del dictamen. En consecuencia, designó al Departamento de Neurología del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses para que elabore el dictamen pericial que tiene por objeto determinar la eficacia del protocolo y tratamiento médico dado al fallecido Carlos Alberto Uribe Correa.
- Mediante auto de 31 de mayo de 2017 se dispuso obedecer y cumplir lo dispuesto por el Superior (fl. 623-624, c2).
- Mediante auto de 25 de abril de 2018 se advirtió nulidad establecida en el artículo 133 numeral 8º CGP, respecto de la notificación a la demandada Bogotá -Distrito Capital, y se dispuso su notificación.
- Por auto de 30 de julio de 2020 (exp digital 03) se declaró saneada la causal de nulidad por indebida notificación por irregularidad en el envío de los traslados a la demandada Bogotá -Distrito Capital. Y se ordenó continuar con el trámite del proceso.
- Los días 16 de febrero y 29 de julio de 2021 se dio continuidad a la audiencia de pruebas; y en la última de las mencionadas fue cerrado el debate probatorio concediendo el término de 10 días para presentar los alegatos de conclusión.

2.3. PROBLEMA JURÍDICO

Conforme a lo establecido y aceptado por las partes en la audiencia inicial realizada el 28 de julio de 2016 (fls. 406-414), el Despacho resolverá si la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E (antes Hospital de Meissen II Nivel ESE) y Bogotá Distrito Capital son administrativa, solidaria y patrimonialmente responsables por falla en la atención médica brindada al señor Carlos Alberto Uribe Correa, lo que conllevó a su muerte.

2.4. CUESTIONES PREVIAS

2.4.1. De la falta de legitimación en la causa de Bogotá Distrito Capital

Señala el apoderado judicial de Bogotá Distrito Capital en su escrito de alegato de conclusión que tal entidad no está llamada a responder por las pretensiones de la demanda debido a que no tiene asignada la función de la prestación del servicio de salud.

Frente a ello, advierte el Despacho que al revisar tanto la demanda original como su adición, la parte demandante no hizo mención a que Bogotá D.C.-Secretaría de Salud haya tenido injerencia alguna, por acción u omisión, en la causación del daño alegado consistente en la muerte del señor Carlos Alberto Uribe Correa.

Adicionalmente, se observa que Bogotá D.C.-Secretaría de Salud no tiene asignada la función de la prestación efectiva del servicio médico – asistencial en los centros de salud; solamente tiene asignadas funciones de inspección y control respecto de los prestadores de los servicios de salud. Y en cuanto a las funciones propias de la Secretaría Distrital de Salud, dentro del plenario no se evidencia que haya sido presentada queja alguna en contra del Hospital de Meissen con ocasión de la atención médica brindada al referido paciente.

A su vez, se observa que, dentro de la organización del sistema distrital de salud, los antiguos hospitales (hoy agrupados bajo las denominadas Subredes de Atención Integral de Salud (Acuerdo 615 de 2016) contaban con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio, para prestar el servicio de salud. En esa medida, cada prestador de salud (hospital) al gozar de autonomía administrativa y presupuestal, la Secretaría Distrital de Salud no tiene injerencia alguna. Su labor se limita a verificar si hay alguna irregularidad en

la prestación del servicio, en tanto haya tenido conocimiento de quejas al respecto, cosa que en este asunto no ocurrió, o por lo menos, no aparece demostrada.

Bajo tales consideraciones, se declarará la falta de legitimación en la causa por pasiva en el sub lite que ocupa la atención del Despacho.

2.4.2. De la prueba trasladada al medio de control de reparación directa

En el expediente obran pruebas documentales que corresponden a las actuaciones surtidas en el proceso penal N° 110016000028201101799 adelantadas por la Fiscal 41 Seccional en Apoyo a la Fiscalía 11 Seccional por la presunta comisión del delito de homicidio culposo, siendo víctima el señor Carlos Alberto Uribe Correa. De tales documentos se relleva el estudio histopatológico del paciente. Tales actuaciones fueron decretadas en audiencia inicial el 28 de julio de 2016 (fl. 410 C. 1) e incorporadas al plenario en audiencia de pruebas del 23 de febrero de 2017 (fls. 516 a 519 C. 2).

Así, entonces, en aplicación de los artículos 173 y 174 C.G.P. y de la jurisprudencia del Consejo de Estado⁵, que señalan que es posible valorar las pruebas válidamente practicadas en otro proceso, la actuación surtida dentro del proceso penal por la muerte de Carlos Alberto Uribe Correa es susceptible de ser valorada en este proceso, dado que fue decretada e incorporada debidamente al proceso y las partes tuvieron la oportunidad procesal para referirse a ellas, sin que hubiera manifestación alguna en contrario respecto de su validez. En esa medida, corresponde al Despacho valorarlas acorde con la convicción que de ellas se derive.

2.4.3. De la tacha de falsedad formulada por el apoderado judicial del demandante

El apoderado judicial de los demandantes propuso tacha de falsedad ideológica contra el Acta de Reunión Comité ad hoc del Hospital Meissen II Nivel E. S. E. (fls. 286 – 293, c 1) por considerar que su contenido es contrario a la verdad consignada en historia clínica. Como fundamento de su cuestionamiento a la referida Acta, en las audiencias del 27 de octubre de 2016⁶ y 23 de julio de 2017⁷, manifestó (se transcribe con los errores del proponente de la tacha):

"Paso a indicar el motivo de la tacha de falsedad, de una manera sucinta, en el escrito donde se condesa la tacha, dice que por razón de las afirmaciones y conclusiones vertidas en dicha acta, no van de acuerdo con la información que fluye de la historia clínica que llevó el paciente Carlos Alberto Uribe Correa durante su hospitalización en el Hospital Meissen, en el sentido de la causa de la meringitis (sic) bacteriana, que según necropsia de Medicina Legal, fue la causa del fallecimiento del señor Carlos Alberto Uribe Correa. Entonces al allegar los médicos facultativos, con todo el respeto, con toda la instrucción que tienen y de actuar con supuestos de buena fe, en algo tanpreciado como la vida de una persona humana, lleguen a la conclusión a la página de dicha acta, en la parte concreta de conclusiones, que es la parte más toral de la tacha de falsedad en el sentido que el diagnóstico previo de espondilodicitis fue la causante de la afectación del sistema nervioso central, por la sospecha o diagnóstico previo. Entonces aquí hay que actuar con pruebas certeras, primero que a 2 de mayo del año 2013, ya había ocurrido la muerte de Carlos Alberto Uribe Correa, pero gravemente no se había realizado en el enfermo exámenes de punción lumbar; y si se realizó fue el mismo día de la muerte o media hora antes donde en el informe de historia clínica aparece que salió material lechoso, cuando si leemos los libros de ciencia médica que refieren a la enfermedad de la meringitis (sic) ocurre que en los últimos estadios de su desencadenamiento grave resulta que se llenan, las membranas, la parte que protege el cerebro, la médula espinal, se llenan de material, no lechoso, sino purulento, por ese lado la historia clínica no refleja una realidad, y no fueron muy verídicos al decir que en

⁵ Sentencia 10 de noviembre de 2017 del Consejo de Estado – Sala de lo Contencioso Administrativo – Sección Tercera – Subsección "A". Reparación Directa No. 47001-23-31-000-2010-00494-01(42557). Actor: Solma Nieto Borrego y contra la Fiscalía General de la Nación M.P. Marta Nubia Velásquez Rico (E): "(...) [e]n los eventos en los cuales el traslado de las pruebas recaudadas dentro de otro proceso hubiere sido solicitado por ambas partes, hay lugar a tener en cuenta dichas pruebas en el proceso contencioso administrativo, aun cuando hubieren sido practicadas sin citación o intervención de alguna de las partes en el proceso original y no hubieren sido ratificadas en el nuevo proceso contencioso administrativo, considerando que, en tales casos, resulta contrario a la lealtad procesal que una de las partes solicite que la prueba haga parte del acervo probatorio pero que, en el evento de resultar desfavorable a sus intereses, invoque las formalidades legales para su inadmisión. (...)"

⁶ Video 2 contentivo de la segunda parte de la audiencia del 27 de octubre de 2016 contenida en el DVD-R obrante a folio 571 del cuaderno 2

⁷ Video contenido en audiencia del 23 de febrero de 2017 obrante a folio 517 del cuaderno 1

realidad lo que lo que salió fue material purulento, al momento de hacer la punción lumbar, sino material lechoso, por ahí están mintiendo, por otro lado están mintiendo en cuanto a la causa que generó la meningitis (sic) bacteriana, entonces es grave que para uno de estos procesos donde quien tuvo o no la responsabilidad en una falla intrahospitalaria, en una falla médica, al momento de estar internada una persona, un hospital de segundo nivel, que carece de un departamento de neurología, y hace desde el comienzo que él resulte internado vienen recomendándolo los médicos internistas lo trasladen a un Hospital de nivel III, pero nunca lo trasladan, lo que recomiendan los entendidos en neurología es que cuando se trata de meningitis (sic) hay que tener mucho cuidado porque hay una meningitis (sic) que es precisamente la bacteriana diferente de la otra meningitis (sic) que es más suave, que es más leve, que le dan a los niños. Entonces hay actuar rápidamente porque la persona puede fallecer en 2 o 3 días. Entonces no hay veracidad en el acta en su contenido.” (Minutos 15:13:33 a 0:25:18)

Tal argumento fue reiterado en audiencia del 23 de julio de 2017; frente a ello los respectivos apoderados judiciales del Hospital de Meissen II Nivel E.S.E. se opusieron rotundamente a la prosperidad de la tacha de falsedad porque las conclusiones concuerdan con lo consignado en la historia clínica. Además, pusieron de presente que la Fiscalía General de la Nación dispuso el archivo de las diligencias por la denuncia formulada por homicidio culposo contra los médicos que atendieron el paciente; y que los médicos que emitieron dicho concepto dan fe y garantía de la veracidad de los conceptos que allí consignados.

Ahora, respecto de la procedencia de la tacha de falsedad como no fue regulada por el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, debe atenderse por remisión normativa al Código General del Proceso, como lo prevé el artículo 306 *Ibíd.* En efecto, el artículo 269 del C.G.P. establece:

"Artículo 269.- La parte a quien se atribuya un documento, afirmándose que está suscrito o manuscrito por ella, podrá tacharlo de falso en la contestación de la demanda, si se acompañó a esta, y en los demás casos, en el curso de la audiencia en que se ordene tenerlo como prueba. (...)”.

Adicionalmente, el artículo 270 *ibíd.* señala que para que proceda la tacha de falsedad de un documento debe cumplirse con algunos requisitos o exigencias.

De otro lado, es pertinente señalar que, respecto de la tacha de un documento, la jurisprudencia ha indicado que puede ser material o ideológica. Tener clara esta distinción es importante, pues de ello resulta relevante la solicitud de pruebas para demostrar la tacha.

Frente a ello, el Consejo de Estado⁸, ha referido que:

(...) Finalmente, resulta ilustrativo traer a colación la posición de la sala⁹ en relación con la falsedad ideológica y material, así como su incidencia en cuanto a la tacha:

"Conviene distinguir la falsedad material, que es la que tiene lugar cuando se hacen al documento supresiones, cambios o adiciones o se suplanta su firma, de la falsedad ideológica o intelectual, que es la que ocurre cuando la declaración que contiene el documento no corresponde a la realidad. La falsedad ideológica o intelectual no puede ser objeto de tacha de falsedad, sino solo la falsedad material. En tales casos de lo que se trata es de probar contra la declaración del documento, y de ahí que la tacha propuesta resulte improcedente, referida como está a lo dicho en el documento.”

(...)

En época más reciente, conforme con la jurisprudencia de la Sección, en sentencia de 19 de septiembre de 2008¹⁰ la Sala concluyó:

“... los documentos en general, y entre ellos los documentos públicos, pueden ser objeto de falsedad, en dos modalidades: material e ideológica. Sí se trata de falsedad material el medio judicial idóneo para redargüir la autenticidad del documento público es el incidente de tacha de falsedad previsto en los artículos 289 y ss, donde se entra a establecer sí el mismo ha

⁸ Consejo de Estado, Sección Quinta, en Sentencia No. 68001233300020160004301 del 27 de octubre de 2016 con ponencia de la Consejera Rocío Araújo Oñate

⁹ Consejo de Estado, Sección Quinta. Sentencia del 29 de octubre de 2013. CP. Alberto Yepes Barreiro Rad.: 11001-03-28-000-2012-00058-00.

¹⁰ Consejo de Estado Sección Quinta. Sentencia de 19 de septiembre de 2008. CP Reinaldo Chavarro Buritica. Rad. 11001-03-28-000-2006-00090-00 (4027-4028)

*sido objeto de alguna alteración en su texto a través de tachaduras, borrones, supresiones, en fin, todo aquello que conduzca a mutar su tenor literal. A contrario sensu, **el mismo incidente no opera si la falsedad es ideológica**, pues consistiendo la misma en la falsedad intelectual del contenido del documento, su demostración queda sujeta a la libertad de medios probatorios, de modo tal que el interesado en provocar su declaración puede valerse de diferentes pruebas para acreditar que, pese a la autenticidad de un documento, su literalidad refleja una realidad que dista ostensiblemente de la verdadera.” (...).*

De esta manera, la falsedad material se refiere a aquellas alteraciones físicas del contenido o firma de un documento, contrario sensu, la falsedad ideológica, corresponde a la falta de veracidad del contenido del documento en relación con el hecho que pretende probar.

*Se llega entonces a la conclusión que la denominada falsedad material es aquella que constituye el objeto de la tacha, por lo que a través de ésta se puede desvirtuar la autenticidad del documento. **Empero, la falsedad ideológica no se tramita a través de esta figura procesal, pues como su inconformidad se origina en relación con el contenido del documento y no respecto de la autenticidad del mismo, el mecanismo para su controversia lo constituyen, justamente, las pruebas recaudadas dentro del proceso que permitan desvirtuar dicho contenido***¹¹

Ahora, es pertinente precisar las conclusiones del Comité ad hoc, consignadas en el Acta, sobre las cuales el apoderado de la parte demandante aduce la tacha de falsedad.

"CONCLUSIONES

1. *El diagnóstico fue de infección de los discos y cuerpos intervertebrales (espondilodicitis), con meningitis secundaria por contigüidad.*
2. *El foco primario de la infección fueron las vértebras y los discos intervertebrales.*
3. *Una vez se sospecha la infección se inicia el tratamiento analgésico y antibiótico.*
4. *Los exámenes pertinentes se realizaron, el día 18 de mayo de 2011 se realizó la toma del TAC de cráneo el cual aparece reportado como estudio dentro de límites normales.”*

Entonces, es preciso advertir que la tacha de la cual habla parte demandante se trata de tacha de falsedad ideológica porque, en su sentir, no corresponde a la verdad de lo consignado en la historia clínica del paciente. En esa medida, como lo señala la jurisprudencia del Consejo de Estado, cuando se trata de falsedad del contenido del documento, su demostración queda sujeta a la libertad de medios probatorios. Y en este caso, el proponente de la tacha solicitó la declaración de quienes suscribieron la referida Acta para que corroboren lo allí consignado.

En efecto, en el curso del trámite de la tacha de falsedad, mediante informe rendido por el Grupo de Patología Forense del Instituto de Medicina Legal del 11 de agosto de 2017¹², complementado el 9 de marzo de 2011¹³, fue confirmada la causa de muerte referente a la meningitis bacteriana en el cerebro, cerebelo, médula espinal y nervio, y neuropatía infecciosa en el nervio ciático mayor izquierdo del paciente; al mismo tiempo, la profesional especializada forense, Dra. Marta Patricia Gracia Gálvez, señaló que no podía absolver las preguntas c) y d) sobre si el contagio fue adquirido en el Hospital y si existía falsedad en el acta del Comité ad hoc, pues tales interrogantes debían ser resueltas por el médico par de la especialidad de neurología.

Y en cuanto a la declaración de los médicos que suscribieron el acta del Comité ad hoc, esto es, Diana Fabiola Murillo Vargas, Luis Gilberto Arredondo Pérez, Jorge Luis Bonfante Mora y Rafael Ángel Serrano, en audiencia del 29 de julio de 2021, explicaron que las conclusiones estuvieron dadas con base en la historia clínica del paciente. Sobre el particular, la médica internista Diana Murillo, indicó que para los días 19 y 20 de mayo de 2011 atendió al paciente por sospecha de discitis y, por tal razón, fue tratada dicha patología porque su sintomatología daba cuenta de una lumbalgia y no de una meningitis.

A su turno, el Coordinador de Medicina Interna, el médico Luis Gilberto Arredondo Pérez, hizo la salvedad que no estuvo presente en la atención del paciente, pero dadas las funciones de Subdirector Científico atendió el requerimiento del Hospital y, en tal virtud, se

¹¹ Consejo de Estado, Sección Quinta, en Sentencia No. 68001233300020160004301 del 27 de octubre de 2016 con ponencia de la Consejera Rocío Araújo Oñate

¹² Fls. 1 – 2 del cuaderno 3

¹³ Fls. 226 – 229 del cuaderno 3

emitió un informe basado en la historia clínica del paciente por cada una de las especialidades de Ortopedia, Medicina Interna, Neurología, cuyos especialistas son autónomos e idóneos para realizar el tratamiento, y la decisión de realizar una punción lumbar es del resorte del equipo asistencial.

Igualmente, el médico Jorge Luis Bonfante Mora explicó que participó en el Comité ad hoc por tratarse de un caso de difícil manejo debido a la sintomatología que presentaba el paciente, e hizo énfasis que todo lo consignado en el acta y, en particular, las conclusiones consignadas fueron tomadas con base en la historia clínica, en la que desde el principio se tomó como impresión diagnóstica la espondilodicitis y una probable neuro infección.

Aunado a ello, el neurólogo Rafael Ángel Serrano indicó que la impresión diagnóstica por él realizada trataba de una sospecha de espondilodicitis de las vértebras y de los discos, pero esta patología compete a otras especialidades, mientras que la meningitis sí es de competencia de los neurólogos; y de conformidad con lo consignado en la historia clínica no existió certeza diagnóstica de la meningitis bacteriana del paciente.

Así, entonces, analizadas en conjunto las declaraciones de los profesionales médicos que suscribieron el Acta del Comité ad hoc y contrastadas con las conclusiones allí consignadas, se observa que no hay irregularidad alguna. De un lado, porque fueron claros en señalar que las conclusiones consignadas tuvieron como fundamento el análisis que le hicieron a la historia clínica del paciente; y de otro, porque sus declaraciones apuntan a advertir las dificultades que, desde el punto de vista científico profesional, se tuvo para el diagnóstico de la enfermedad del paciente. Inclusive de la declaración rendida por el neurólogo Rafael Ángel Serrano se advierte que la razón por la cual no fue realizada la punción lumbar obedeció a que existió una contraindicación por la sospecha de una infección del canal por donde entra la aguja de la punción lumbar pudiéndose introducir una infección al sistema nervioso central (minutos 1:52:19 a 1:52:13 de la audiencia del 29 de julio de 2021).

En ese orden de ideas, lo que se observa es que el apoderado de la parte demandante no está de acuerdo con las conclusiones a las que llegó el Comité ad hoc, las cuales están dadas desde el punto de vista médico científico. No obstante, esa no es razón suficiente para afirmar que quienes suscribieron el Acta faltaron a la verdad, o, en palabras del apoderado de la parte demandante, *"que están mintiendo"*. Por consiguiente, se desestimará la tacha de falsedad ideológica formulada.

Finalmente, respecto de este punto, es pertinente llamar la atención al apoderado de la parte demandante por el tono y contenido de las afirmaciones que hizo en torno a la tacha de falsedad alegada, al punto que rayan con sindicaciones de carácter penal en contra de los profesionales médicos. No puede olvidarse el decoro y prudencia en cuanto al contenido de las afirmaciones y al tono con que se hacen dentro de un proceso judicial. Puede estarse en desacuerdo, y eso es lo normal, pero no al punto de llegar a extremos que no corresponden con el deber argumentativo desde el punto de vista fáctico y jurídico que se exige de los apoderados de las partes.

2.5. MARCO NORMATIVO, JURISPRUDENCIA Y DOCTRINA APLICABLE AL CASO

2.5.1. Del fundamento constitucional de la responsabilidad del Estado

El artículo 90¹⁴ de la C.P, constituye la cláusula general de responsabilidad del Estado Colombiano, de acuerdo con el cual se acogió la teoría del daño antijurídico; entendiéndolo no como *"aquel que es producto de una actividad ilícita del Estado, sino como el perjuicio que es provocado a una persona que no tiene el deber jurídico de soportarlo"*¹⁵, siempre y cuando exista título de imputación por acción u omisión a una autoridad pública.¹⁶

¹⁴ El artículo 90: El Estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que les sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas. En el evento de ser condenado el Estado a la reparación patrimonial de uno de tales años, que haya sido consecuencia de la conducta dolosa o gravemente culposa de un agente suyo, aquel deberá repetir contra éste"

¹⁵ Corte Constitucional. Sentencia C-333/96. Magistrado Ponente. Alejandro Martínez Caballero.

¹⁶ Ibídem

"Son dos las condiciones indispensables para la procedencia de la declaración de la responsabilidad patrimonial con cargo del Estado y demás personas jurídicas de derecho público, a saber: el daño antijurídico y la imputabilidad del año a alguna de ellas:"

De esta manera, para declarar la responsabilidad extracontractual del Estado, se deben cumplir varios presupuestos, a saber: que el daño exista, sea antijurídico e imputable por acción u omisión al Estado. En consecuencia, se procede a realizar el estudio de los elementos de la responsabilidad del Estado, a fin de fundamentar la decisión a adoptar.

2.5.2. Del daño y sus elementos

El daño es entendido como *"la lesión del derecho ajeno, consistente en el quebranto económico recibido, en la merma patrimonial sufrido por la víctima, a la vez que en el padecimiento moral que lo acongoja"*¹⁷. Este concepto señala dos situaciones, la primera consiste en que el daño es la lesión del derecho ajeno; y la segunda, que el daño conlleva o genera una merma patrimonial, haciendo referencia a sus consecuencias negativas o adversas.

Ahora, en cuanto al daño como primer elemento de la responsabilidad, el profesor Juan Carlos Henao¹⁸ señala:

*"El daño, es entonces, el primer elemento de la responsabilidad, y de no estar presente torna inoficioso el estudio de la misma, por más que exista una falla del servicio. La razón de ser de esta lógica es simple: si una persona no ha sido dañada no tiene porqué ser favorecida con una condena que no corresponda, sino que iría a enriquecerse sin justa causa. El daño es la causa de la reparación y la reparación es la finalidad última de la responsabilidad civil."*¹⁹

Sobre los elementos del daño, el Consejo de Estado²⁰ ha indicado que este existe en la medida que cumpla varias características: que sea cierto, incuestionable, no hipotético o eventual; que sea personal, en atención a que quien lo haya sufrido sea quien manifieste interés en su reparación; subsistente, en tanto no haya sido reparado; y antijurídico, en cuanto quien lo padece no tenga el deber jurídico de soportarlo.

2.5.3. De la imputación fáctica y jurídica del daño

La imputación fáctica o material del daño se predica cuando se encuentra demostrado el nexo de causalidad entre el actuar de la entidad demandada, bien sea por acción u omisión, y el daño sufrido por la víctima. En la actualidad, la imputación fáctica del daño se construye desde la perspectiva de la identificación de la causa adecuada del mismo, teoría que propende por identificar cuál fue la acción u omisión que concretó el daño por parte de la entidad demandada, o si por el contrario dicha concreción le es atribuible a la víctima, a un tercero o al azar. Y la imputación jurídica hace referencia al título jurídico del régimen aplicable, subjetivo u objetivo, desde el cual se predica la responsabilidad del Estado.

Respecto de la causalidad, los doctrinantes Eduardo García de Enterría y Tomás Ramón Fernández, indican: *"La existencia de una relación de causa a efecto entre el hecho que se imputa a la Administración y el daño producido es, lógicamente, una condición indispensable para que pueda atribuirse a aquélla el deber de resarcir dicho daño"*.²¹

Sobre los criterios para tener en cuenta para identificar la causa del daño, el Consejo de Estado ha señalado:

(...) "Tampoco puede considerarse que todos los antecedentes del daño son jurídicamente causas del mismo, como se propone en la teoría de la equivalencia de condiciones, o de la causalidad ocasional expuesta por la Corte Suprema de Justicia en sentencia del 17 de septiembre de 1.935, según la cual: 'en estos casos si la persona culpable se hubiera conducido correctamente, el perjuicio no habría ocurrido', a la cual se refiere también un salvamento de voto del Dr. Antonio J. de Irisarri del 8 de octubre de 1986 (exp. 4587), en el cual se expresa que: 'con fines simplemente analíticos, para verificar esa relación de causa a efecto, puede examinarse qué ocurriría o habría ocurrido, si el suceso - causa no se hubiera dado. Si la respuesta es en el sentido de que el efecto no habría sucedido, ha de admitirse que aquél sí constituye causa de éste, porque justamente para que el efecto se dé en la realidad,

¹⁷ Hinestrosa Fernando. Derecho Civil obligaciones. Pág. 538

¹⁸ Jurista Colombiano, Magistrado de la Corte Constitucional y Rector de la Universidad Externado de Colombia.

¹⁹ El Daño. Análisis Comparativo de la Responsabilidad Extracontractual del Estado en Derecho Colombiano y Francés. Universidad Externado de Colombia. Págs. 36-37.

²⁰ Entre otras: Sentencia 14 de marzo del 2012. Rad. 21859 C.P. Enrique Gil Botero. Sentencia 1 de julio del 2015. Rad. 30385 C.P. Jaime Orlando Santofimio Gamboa.

²¹ Curso de Derecho Administrativo, Vol. II, 12ª Edición p. 412.

tiene que ocurrir aquél. En la hipótesis contraria no existiría relación esa relación de causalidad’.

Tal posición llevaría a que en el clásico ejemplo citado por José Melich, el sastre que retrasa por negligencia la entrega de un abrigo de viaje tendría que responder por el accidente ferroviario que sufrió su cliente que debió por tal motivo aplazar su viaje. Como lo señala el doctor Javier Tamayo Jaramillo: ‘deshumanizaría la responsabilidad civil y permitiría absurdamente, buscar responsables hasta el infinito’.

Lorenzetti puntualiza aquí: ‘No basta, según esta idea, la mera supresión mental hipotética, esto es borrar mentalmente la causa para ver si el resultado se produce o no sin ella. Es necesario emitir un juicio acerca de la regularidad con que se producen los fenómenos (constancia posible) lo que nos proporciona la noción de “causa adecuada”.

Tal concepción debe entonces complementarse en el sentido de considerar como causas jurídicas del daño, sólo aquéllas que normalmente contribuyen a su producción, desechando las que simplemente pueden considerarse como condiciones. Tal como lo proponen los partidarios de la teoría de la causalidad adecuada, expuesta por el alemán Von Kries, ‘sólo son jurídicamente causas del daño, aquellos elementos que debían objetiva y normalmente producirlo’.

H. Mazeaud, citado por José Melich Orsini, en ‘La responsabilidad civil por los Hechos Ilícitos’ (Biblioteca de la academia de ciencias políticas y sociales, Caracas, 1.995, pág. 211 a 215) expresa sobre el punto: ‘Hoy día la mayor parte de los autores han abandonado la teoría de la equivalencia de condiciones: ellos no admiten que todos los acontecimientos que concurren al a realización de un daño sean la causa de tal daño desde el punto de vista de la responsabilidad civil. Parece, en efecto, que para ser retenido como causa desde el punto de vista de la responsabilidad civil, es decir, para ser susceptible de comprometer la responsabilidad civil de su autor, el acontecimiento debe haber jugado un papel preponderante en la realización del daño. Pero los jueces serán libres de apreciar si el acontecimiento ha jugado o no un papel suficiente en la producción del daño para ser retenido como causa del daño. No se puede ligar a la jurisprudencia por un criterio absoluto, ni aun por el criterio propuesto por los partidarios de la causalidad adecuada: el criterio de la normalidad. Todo lo que puede exigirse es que el acontecimiento haya jugado un papel preponderante, un papel suficiente en la realización del daño. Quienes no quieren adoptar el criterio de la normalidad propuesto por la teoría de la causalidad adecuada, son partidarios de la llamada tesis de la causalidad eficiente, esto es: que lo que debe investigarse es si el hecho ha jugado o no un papel preponderante, una función activa en la producción del daño’.

Ennecerus, citado en la misma obra, expresa: ‘En el problema jurídico de la causa, no se trata para nada de causa y efecto en el sentido de las ciencias naturales, sino de si una determinada conducta debe ser reconocida como fundamento jurídico suficiente para la atribución de consecuencias jurídicas... Prácticamente importa excluir la responsabilidad por circunstancias que, según su naturaleza general y las reglas de la vida corriente, son totalmente indiferentes para que surja un daño de esa índole y que, sólo como consecuencia de un encadenamiento totalmente extraordinario de las circunstancias, se convierte en condición del daño. Así, pues, se labora con un cálculo y probabilidades y sólo se reconoce como causa, aquella condición que se halla en conexión adecuada con un resultado semejante’²²

Ahora bien, el criterio jurídico de la imputación es indispensable para la determinación de la responsabilidad, dado que no basta con establecer la relación fáctica entre el daño y la acción u omisión del demandado, sino que además es necesario identificar el régimen jurídico aplicable. Se debe observar entonces, si en el caso bajo análisis se evidencia una falla del servicio por el incumplimiento de un deber legal, caso en el cual se emplea el régimen subjetivo; si por el contrario, el daño se debió a la concreción de un riesgo excepcional o a través de una actuación lícita de Estado que implique un daño especial, caso en el cual se aplica el régimen objetivo de responsabilidad.

En atención a que en la demanda se indica que la responsabilidad que se demanda de la Administración proviene de la prestación de los servicios de salud, es importante traer a colación el criterio adoptado por el Consejo de Estado al respecto:

(...) “Es necesario que se demuestre que la atención médica no cumplió con estándares de calidad fijados por el estado del arte de la ciencia médica, vigente en el momento de la

²² Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 11 de septiembre de 1997, exp. 11.764, M.P. Carlos Betancur Jaramillo.

ocurrencia del hecho dañoso. Del mismo modo, deberá probarse que el servicio médico no ha sido cubierto en forma diligente, esto es, que no se prestó el servicio con el empleo de todos y cada uno de los medios humanos, científicos, farmacéuticos y técnicos que se tengan al alcance”.

36. Así, en materia de responsabilidad por el acto médico propiamente dicho, esto es el diagnóstico, tratamientos, procedimientos y, en general, las conductas del profesional médico orientadas al restablecimiento o recuperación de la salud del paciente, la imputación del daño se hace, por regla general, desde la perspectiva de una prestación de medios y no de resultados, ya que su deber radica en la aplicación de sus conocimientos, entrenamiento, experiencia y todos los medios disponibles orientados a la curación y rehabilitación, sin que le sea exigible el resultado exitoso.

37. Esto significa que, para que la administración pueda ser declarada responsable de los daños ocasionados por el ejercicio de la actividad médica hospitalaria, el demandante tiene la carga de demostrar que el servicio no se prestó adecuadamente, bien porque no fue oportuno, o porque no cumplió con los protocolos y estándares de calidad fijados por la ciencia médica al momento de la ocurrencia del hecho dañoso, salvo en lo relativo a los deberes que tienen que ver directamente con el servicio y cuyo cumplimiento depende enteramente del prestador, al margen de la condición y evolución de la salud del paciente, como los relativos al acto médico documental y, en especial, al consentimiento informado, y al suministro de la información necesaria para que el paciente propenda por su autocuidado, caso en el que corresponde al servicio médico demandado demostrar su cumplimiento”.²³

Dentro de la responsabilidad del Estado por falla del servicio de salud también se encuentra contemplado, el incumplimiento del deber de información al paciente (artículos 15 y 16²⁴ de la Ley 23 de 1981) y su relación con el conocimiento sobre los riesgos de un determinado procedimiento o tratamiento médico.

Sobre el particular la señala Corporación ha manifestado:

"1. Teniendo como referente tales mandatos normativos, la jurisprudencia de esta Sección del Consejo de Estado ha reiterado que, cuando los procedimientos quirúrgicos o médicos se realizan bajo una adecuada práctica profesional y no se demuestra ningún tipo de falla en la intervención, pero que, a pesar de ello, el paciente fallece o su cuadro clínico empeora, la entidad prestadora del servicio de salud quedará exonerada de responsabilidad extracontractual si al paciente o a su representante se le informó, de manera adecuada, sobre los riesgos que tenía la intervención y estos se materializaron²⁵.

2. De igual manera esta Corporación judicial ha tenido la oportunidad de discurrir en hipótesis como las que revela el caso que en esta oportunidad se estudia, atinentes a la realización de procedimientos acordes con la lex artis, pero ausentes en relación con el consentimiento informado así, por ejemplo, en sentencia del 27 de marzo de 2014, se sostuvo²⁶:

"Adicionalmente, uno es el caso cuando la falta de consentimiento informado se acompaña de una falla médica y otro es el caso cuando el procedimiento se realizó de acuerdo con la lex artis pero sin el mencionado consentimiento.

En el primero de los casos, es normal atribuir responsabilidad al cuerpo médico por el daño derivado de la falla médica y además indemnizar el perjuicio moral derivado de la falta de consentimiento informado, pero en el segundo caso, el único daño atribuible puede ser la lesión al ya mencionado derecho a la autodeterminación de la persona y por ende el menoscabo a su dignidad, por lo que el perjuicio indemnizable se circunscribe al de carácter moral."

²³ Subsección B, sentencia de 27 de abril de 2011, exp. 20315.

²⁴ "ARTÍCULO 15. El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados. Pedirá su consentimiento para aplicar los tratamientos médicos, y quirúrgicos que considere indispensables y que puedan afectarlo física o síquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible, y le explicará al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente.

ARTÍCULO 16. La responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías, producidas por efecto del tratamiento, no irá más allá del riesgo previsto.

El médico advertirá de él al paciente o a sus familiares o allegado."

²⁵ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 23 de abril de 2008, Exp. 15737, M.P. Ruth Stella Correa Palacio.

²⁶ Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección B, Sentencia proferida el 27 de marzo de 2014, Exp. 26.660, M.P. Danilo Rojas Betancourth. Posición reiterada en la sentencia del 8 de noviembre de 2021. Exp. 54807. CP. José Roberto SÁCHICA Méndez.

2.6. DEL CASO CONCRETO

De acuerdo con el marco normativo y jurisprudencial reseñado, se procede a relacionar los hechos relevantes probados para analizar la existencia del daño, la conducta de la entidad demandada y el nexo de causalidad entre estos, y así establecer si el daño alegado en la demanda le es imputable jurídicamente a la demandada.

2.6.1. Hechos acreditados

De acuerdo con las pruebas allegadas al proceso, resultan probados los siguientes hechos relevantes.

- Según la historia clínica²⁷ del señor Carlos Alberto Uribe Correa, aparece la atención médica que le fue brindada desde el 17 hasta el 23 de mayo de 2011, así:

Fecha	Descripción Evento
17/05/2011	A las 02:21:05 el paciente Carlos Alberto Uribe Correa fue ingresado por el servicio de urgencias del Hospital Meissen II Nivel de Atención E.S.E. con diagnóstico de lumbago no especificado con un cuadro clínico de 3 días de evolución de lumbalgia causado con posterioridad a la toma del RX; que después se acentuó por presentar hiperalgesia en el sitio con limitación a la marcha; y como aproximación diagnóstica fue consignada la de "G541 – Trastornos del plexo lumbosacro" con prioridad Nivel 2 B. Entre los hallazgos del examen físico aparece el de "dolor a la palpación en región lumbar, lasegne positivo, paciente álgido". (fls. 187 C. 1, 13 y 97 c. 2).
17/05/2011	A las 9:34 a.m. fue valorado en el servicio de urgencias por el médico Luis A. Rapalino G. con reporte de exámenes de laboratorio contentivo de un cuadro hemático de leucocitos 20.980 y neutrofilia 81%, con parcial de orina normal y con resultados de radiografía lumbar sin observar lesiones óseas aparentes; en seguida fue solicitado "IC por Ortopedia" (fl. 330 c. 1 y fl. 94 c. 2).
17/05/2021	A las 10:56 am fue valorado por primea vez por la especialidad de ortopedia y traumatología, Javier A. Gómez L, en donde se estableció como diagnóstico de discitis vs. espondilodiscitis lumbar, y ordenó realizar la medición de reactantes de fase aguda, la práctica del TAC de columna lumbar y de resonancia nuclear de columna lumbar (fl. 75 c. 2).
17/05/2011	A las 4:34 p.m. en valoración por ortopedia, Ricardo Arias Arguello, apoyado con resultados de TAC de columna lumbar señaló "lumbalgia en estudio con signos de radiculopatía lumbar sin evidencias de lesiones líticas" y a la espera de toma de resonancia magnética de columna lumbar para descartar espondilodiscitis, siendo manejado con control de dolor. (fl. 330 C. 1 y fl. 93 C. 2).
17/05/2011	A las 8:28 p.m. en valoración por el médico Héctor Manuel Segura Romero diagnosticó "espondilocitis vs. discitis lumbar", no encontraron lesiones óseas en TAC de columna lumbar y encontrándose a la espera de la práctica de la resonancia magnética (fl. 331 C. 1 y fl. 92 c. 2).
18/05/2011	A las 9:51 a.m. fue valorado por el ortopedista Richard Hennessey Montilla, quien determinó como diagnóstico el de "discitis lumbar?", a su vez dejó constancia que para ese día se realizaría la resonancia de columna lumbar y solicitó valoración por medicina interna (fl. 332 c. 2).
18/05/2011	A las 17:01 horas a través de interconsulta con el médico internista Pecos Hugo Tobar Enciso determinó como diagnóstico "neuroinfección? – mielitis? y radiculopatía lumbar", además en el examen físico sobresale dolor a la palpación lumbar para espinal izquierda, extremidades eutróficas, hipoestesias en miembros inferiores, rigidez nuczal dudosa dada por dolor, disminución de fuerza muscular en miembros inferiores, entre otros. Asimismo, como plan de manejo intrahospitalario, se indicó valoración conjunta por medicina interna y ortopedia, la realización del TAC cerebral simple de urgencia para posterior punción lumbar, manejo antibiótico, entre otras órdenes (fl. 333 c. 1)

²⁷ Folios 156 a 274, folios 330 a 392, folios 481 a 509 del cuaderno 1 y folios 13 a 145 del cuaderno 2

18/05/2011	A las 17:35 de nuevo fue valorado por el médico internista Pecos Hugo Tobar Enciso en conjunto con neurólogo de turno, <i>"quien considera esperar resultado de resonancia magnética de columna lumbar que se realizará el día de hoy para aclarar etiología de lumbalgia, se suspende inicio de antibióticos y de dexametasona, así como de punción lumbar por el momento en espera de resultados de dicho examen. Resto de órdenes igual."</i> (fl. 334 c. 1)
19/05/2011	A las 8:08 a.m. el Ortopedista Oscar Andrés Gómez Aya registró como diagnóstico <i>discitis? Neuroinfección?</i> y la persistencia del dolor lumbar irradiado a miembros inferiores; asimismo, dejó constancia que <i>"el día de ayer por movimiento del paciente se canceló resonancia magnética nuclear y considera prudente exámenes paraclínicos de control y se sugiere retraso por razones anotadas para resonancia inicio de antibióticos en caso de empeorara (sic) paraclínicos (sic). Se solicita paraclínicos se solicita IC a Neuro CX"</i> .
19/05/2011	A las 2:39 p.m. la médica Diana Fabiola Murillo Vargas consignó como diagnósticos 1. Neuroinfección a descartar – mielitis?, 2. Radiiculopatía lumbar. 3. Enfermedad por retrovirus a descartar y 4. Espondilodiscitis vs. discitis lumbar. En su momento considera cuadro clínico compatible con <i>"radiculoneuropatía – sind. Meníngeo"</i> . Adicionalmente, dejó registrado como plan de manejo, <i>"analgesia – pendiente realización de RMN Lumbar SS Paraclínicos"</i> (fl. 335 C. 1 y fl. 88 C. 2)
20/05/2011	A las 6:24 a.m. el médico internista Diego Mauricio Rodríguez Robayo registró que el paciente quería salir de la Institución y que le orientaron sobre no encontrarse en condiciones para salida voluntaria, y le comunicaron la necesidad de requerirse un familiar permanente; asimismo, refiere que el paciente se ha descanalizado y que por ello ha interrumpido el suministro de medicación (fl. 335 C. 1 y fl. 88 C. 2).
20/05/2011	A las 7:01 a.m. el Ortopedista Javier Alexander Gómez Ledesma determinó como diagnóstico de discitis, con persistencia de dolor lumbar generalizado sin cambios en el estado neurológico. Además, agregó que fue valorado por neurocirugía, quien considero esperar resultados de imagen para definir manejo. (fl. 336 c. 1).
20/05/2011	A las 8:13 a.m. la médica Diana Fabiola Murillo Vargas registró como diagnósticos 1. Neuroinfección a descartar – meningitis?. 2. Radiculopatía Lumbar. 3 Enfermedad por retrovirus a descartar. 4. Espondilodiscitis vs. discitis lumbar. 5. Deshidratación GII; asimismo, obra nota médica que da cuenta de que el paciente manifestó dolor intenso en columna, cuello y cabeza. También obra nota médica que el paciente tenía una evolución tórpida, deshidratado con emesis incoercible, y que el paciente no ha permitido paso de antiemético por cuanto se descanalizó a las 6:00 a.m.; adicionalmente, en ese momento no había deterioro neurológico. Como plan de manejo fue adoptada la suspensión de tramadol, fue ordenada la hidratación y fue optimizada la analgesia, pendiente reporte de Elisa VIH. Además, obra constancia que fueron solicitados nuevos reactantes de fase aguda y que luego se definirá realización de punción lumbar.
20/05/2011	A las 12:07 p.m. la médica Claudia Marcela Rojas Rodríguez en conjunto con el neurólogo, Dr. Serrano, observaron al paciente en regular estado general, quejumbroso, aspecto de enfermedad crónica, sin déficit mental, no logra marcha en punta, ni talón. A su vez, se dejó consignado como diagnóstico 1. Multidiscitis, 2. Mielopattia, secundaria a staphylococcus? y mal de pott?". Como plan de manejo se ordenó reiniciar vancomicina, adiciona carbamazepina, ss bk esputo, RX Torax, RMN Dorso Lumbar, gamagrafía ósea y con reporte de Elisa para VIH negativo (fol. 338 C. 1).
20/05/2011	A las 16:52 horas el médico Hugo Armando Garces Fernández determinó como diagnóstico 1. Neuroinfección en estudio. 2. Meningitis?. 3. Mielitis?. 4. Radiculopatía lumbar. 5. Infección por retrovirus descartada. 5. Espondilidiscitis vs. discitis lumbar. 6. Deshidratación GII, en corrección. Paciente en regular estado general con episodio de marcada agitación psicomotora que hace practicarle inmovilización preventiva; como plan de manejo se ordenó hacer seguimiento con hoja neurológica cada 2 horas, líquidos de hidratación e inmovilización preventiva (fl. 339 c. 1)
21/05/2011	A las 8:07 horas el Ortopedista Ricardo Arias Arguello registró como diagnóstico 1. Lumbalgia en estudio, 2. Discitis, encontrándose el paciente aceptable estado general, dolor lumbar, no se palparon colecciones, movilidad de miembros inferiores conservada, extensión conservada; asimismo, sobresale nota médica de <i>"sospecha de discitis,</i>

	<i>actualmente sin picos febriles con disminución de dolor lumbar, continua manejo instaurado”.</i>
21/05/2011	A las 5:07 p.m. valorado por la médica Claudia Marcela Rojas Rodríguez con seguimiento de los diagnósticos 1. Neuroinfección a descartar – meningitis? – mielopatía secundaria streptococcus?, 2. Radiculopatía lumbar, 3. Enfermedad por retrovirus descartada, 4. Espondilodiscitis vs. discitis lumbar. 5. Mal de POTT? De igual manera, sobresale la nota médica que fue valorado por neurología, Dres. Serrano y Cárdenas, quienes consideraron probable cuadro de discitis y radiculitis, asimismo, solicitaron estudios adicionales de RMN, sin que hay sido posible realizarse en 2 oportunidades por movilización del paciente a pesar de sedación; además, <i>“servicio de neurología no consideró la realización de punción lumbar”</i> ; y por otra parte, el médico internista determinó que el paciente requería manejo de tercer nivel de atención en el que disponga de estudios imagenológicos requeridos como valoración constante de neurología y neurocirugía, porque en la institución no hay disponibilidad de estas especialidades durante las 24 horas del día; para lo cual ordenó gamagrafía ósea tres fases, remisión y manejo integral en III Nivel de Atención (fl. 340 c. 1 y fl. 84 C. 2).
22-05-2011	9:19 a.m. valorado por el Ortopedista Oscar Andrés Gómez Aya, determinó como diagnósticos 1. Discitis lumbar, 2. Neuroinfección a descartar; el paciente se encontraba en mal estado general, con deterioro progresivo y rápido del mismo, motivo por los cuales el médico tratante consideró imperativo la remisión urgente del paciente a un Hospital de Mayor Nivel de complejidad, y se insistió en auditoria médica. (fl. 341 c. 1 y fl. 83 C. 2).
22-05-2011	4:47 p.m. valorado por la médica Arlet Patricia Canon Esquivel, determinó como diagnósticos 1. Neuroinfección a descartar, meningitis???, mielopatía secundaria streptococcus?, 2. radiculopatía lumbar, 3. enfermedad por retrovirus descartada, 4. espondilodiscitis vs. discitis lumbar. 5. Mal de pott???. A esa hora la médica tratante observó al paciente en mal estado general con deterioro neurológico progresivo glasgow 12/15 con mala respuesta a deterioro paraclínico; igualmente sobresale nota médica de <i>“meningitis en tratamiento antibiótico con ceftriaxona y vancomicina sin modular sirs y con deterioro neurológico, además en esta oportunidad consideró que el cuadro “TBC Meningea”, presentando alto riesgo de falla ventilatoria y persistencia de deterioro de Glasgow, motivos por los cuales fue ordenado el manejo por UCI Intermedios y que en el momento al no contar con cama disponible fue ordenada la remisión; adicionalmente, como plan de manejo adicionaron antibiótico, fue solicitado TAC cráneo contrastado, ordenándose a su vez la intubación orotraqueal si persistía deterioro neurológico</i> (fl. 341 c. 1 y fl. 83 C. 1)
22-05-2011	A las 18:17 por valoración de la médica internista Arlet Patricia Canon Esquivel advirtió deterioro del estado neurológico progresivo con glasow 12/15 con sospecha de TBC meníngea persistiendo el alto riesgo de falla ventilatoria y persistencia de deterioro neurológico insistiendo en el manejo por UCI Intermedios y se dio inicio a trámites de remisión, reiterando el anterior plan de manejo. (fl. 342 c. 1 y fl. 82 c. 2)
22-05-2011	A las 18:49 la médica internista Arlet Patricia Canon Esquivel estableció como diagnósticos “otras meningitis bacterianas” con la nota de que el paciente requiere aislamiento (fl. 342 c. 1).
22-05-2011	A las 23:14 el médico Rafael Antonio Gamero Torres determinó como diagnósticos “DX Anotados, neuroinfección, meningitis?; adicionalmente, aparece registrada la nota médica de paciente en malas condiciones generales, respondiendo a dolor, desubicado en persona, tiempo y espacio, con el abdomen distendido, sin deposiciones desde hace 4 días, peristaltismo aumentado, dolor abdominal; a su vez se ordenó el mismo plan de manejo, adicionalmente fue ordenado enema jabonoso, y aislamiento.
23-05-2011	A las 4:23 a.m. el médico Rafael Antonio Gamero Torres acudió al llamado de la enfermería, encontrando al paciente en malas condiciones generales continuando con deterioro neurológico y distendido; como plan de manejo fue ordenado nuevamente enema evacuable, metolopramida 10 mg, bisacodilo 5 mg, fue ordenado electrolitos de control, así como terapia respiratoria y cambio de ventury. A su vez, sobresale nota médica de que al familiar del paciente le fue explicado el deterioro neurológico y la posible causa de la distensión, pero que no

	acepta ni quiere entender.
23-05-2011	A las 7:34 a.m. el Ortopedista Germán Ernesto Riaño Vélez en conjunto con los Dres. Castillo, Gómez y Castilla, determinaron como diagnóstico <i>"neuroinfección en estudio"</i> , con nota médica de paciente en muy estado general, desorientado; sobresale la nota del ortopedista consistente en que <i>"paciente que cursa con neuro infección con deterioro rápidamente progresivo, consideramos que la patología actual del paciente no requiere de ninguna intervención por nuestro servicio, fue realizado traslado del paciente a neurología, neurocirugía. Se cierra interconsulta por ortopedia."</i>
23-05-2011	A las 9:44 a.m. el neurólogo, Dr. Rafael Angel Serrano Redondo, estableció como diagnóstico <i>"meningitis bacteriana no especificada"</i> basado en que <i>"el paciente conocido por sospecha de espondilodiscitis dorsolumbar de tipo infeccioso, el paciente fue llevado a la resonancia dorsolumbar y a pesar de altas dosis de sedación no fue posible tomar el examen por movimientos del paciente secundario a dolor, en el día de ayer el paciente se deteriora en su estado de conciencia y al parecer se encuentran al examen signos meníngeos por lo cual se diagnostica meningitis y se agrega ampicilina al manejo del antibiótico con ceftriaxona – vancomicina a dosis meníngeas, a pesar de ello el paciente se mantiene en su deterioro"</i> ; a su vez, advirtió que en ese momento la meningoencefalitis no había respondido al tratamiento y que llamaba la atención que hasta ahora no tenía etiología definida, con sepsis de origen espondilodiscitis y secundariamente foco en el sistema nervioso. Como plan de manejo se ordenó intubación, catéter central, punción lumbar (fl. 344 c. 1 y fl. 80 c. 2).
23-05-2011	A las 9:47 a.m. obra nota médica del neurólogo Rafael Angel Serrano Redondo, que da cuenta que la hermana del paciente irrumpe en la habitación mientras se está examinando cuestionando el profesionalismo del examinador siendo agredido verbalmente al médico tratante, insultándolo y rechazando el diagnóstico, motivo por el cual el examinador intentó explicar una y otra vez en términos respetuosos, pero la familiar insiste en el maltrato y, por lo tanto, ante el deterioro médico familiar optó por suministrar la información a través de terceros.
23-05-2011	A las 10:53 a.m. la médica Aura Esnid Guevara Benavidez valoró al paciente junto con el Dr. Gustavo Guío: les llamó la atención la distensión abdominal con dolor palpatorio generalizado; en su momento se decidió inicio de reanimación con cristaloideos, intubación orotraqueal, más inicio de ventilación mecánica para protección de vía aérea, paso de acceso venoso, para monitoreo hemodinámico previos y consentimiento informados; asimismo, sobresale nota médica que a través del servicio de neurología se definiría realización de punción lumbar.
23-05-2011	A las 11:49 obra nota de neurología contentiva de la realización punción lumbar en espacio L2L3 inicialmente material lechoso y hemorrágico, pero la salida del material cesa intentando de nuevo la extracción en L3L4, y otra vez en L2L3, siendo fallida; Se estableció como plan de manejo la piperacilina, tazobactam, siendo a su vez suspendida la CEFTRIAXONA. (fl. 346 c. 1).
23-05-2011	Al medio día se inicia traslado de paciente a UCI, monitorizado, entra en paro cardio respiratorio, se iniciaron maniobras de reanimación avanzada según protocolo masaje cardiaco, adrenalina, atropina, posteriormente permanece los 25 minutos de reanimación en asistolia, y luego se verifica signos de tallo cerebral ausentes declarando el fallecimiento a las 12 + 50 meridiano; y enseguida los médicos, Dr. Guío y Dra. Aura Esnid Guevara Benavidez ordenaron valoración por medicina legal para necropsia (fl. 347 c. 1 y fl. 77 C. 1).

- RX columna lumbosacra del 16 de mayo de 2011 que indica una adecuada alineación, y señala además que la altura y morfología de los cuerpos vertebrales, las superficies articulares, los espacios intersomaticos y las estructuras de los arcos posteriores son aparentemente normales, sin signos aparentes de discopatía, y eje de carga adecuado (fl. 32).
- TAC de columna lumbar del 17 de mayo de 2011 reporta, estructura ósea con densidad normal, cuerpos vertebrales de altura y alineamiento posterior conservados, pedículos visualizados sin alteraciones, entre otros aspectos, con señales de discopatía incipiente en L5 – S 1, asociada a pequeña protusión discal en situación posterior mediana (fl. 31 c. 1).

- TAC de cráneo simple del 18 de mayo de 2011 que revela sistema ventricular amplitud normal y sin evidencia de colecciones intra o extra axiales, ni áreas sugestivas de edema en el parénquima encefálico (fl. 30 C. 1).
- Formato de referencia del 21 de mayo de 2011, contenido del trámite de remisión a un Hospital de III Nivel para manejo integral (fl. 23 c. 2).
- Formato de referencia del 22 de mayo de 2011, referente al trámite adelantado para realizar el traslado para manejo integral a UCI ½ (fl. 22 c. 1).
- Bitácora del paciente Carlos Alberto Uribe Correa del trámite de remisión a un Hospital de III Nivel que da cuenta que Hospitales de Kennedy, Santa Clara, La Victoria no contaban con disponibilidad de camas (ver folio 152 cuaderno 1).
- Acta Reunión Comité ad hoc del 2 de mayo de 2013 del Hospital Meissen II Nivel E.S.E., el cual hace referencia a que el diagnóstico fue de infección de los discos y cuerpos intervertebrales (espondilodicitis), con meningitis secundaria por contigüidad, y que por ello el foco primario de infección fueron las vértebras y los discos intervertebrales. Adicionalmente, concluyeron que una vez se sospecha la infección fueron las vértebras y los discos intervertebrales, y la razón por la cual se postergó la punción lumbar fue debido al riesgo al que se veía sometido el paciente al introducir o diseminar la infección al Sistema Nervioso Central por la sospecha o por el diagnóstico previo de espondilodicitis (fls. 145 – 152 c. 1).
- Procedimiento Punción Lumbar y Guía de Manejo Dolor Lumbar Agudo y Crónico adoptados por el Hospital Meissen II Nivel E.S.E. (CD-R obrante a folio 453 C. 1).
- Copia del expediente del proceso penal N° 110016000028201101799 adelantado por la Fiscalía 41 Seccional en Apoyo a la Fiscalía 11 Seccional por la presunta comisión del delito de homicidio culposo siendo víctima el señor Carlos Alberto Uribe Correa. De dicho proceso sobresale el archivo de las diligencias²⁸ y el estudio histopatológico referente a "*cerebro, cerebelo, medula espinal y nervio: con meningitis bacteriana. pulmón: neumonía bacteriana.*"
- Testimonios de los médicos Gustavo Adolfo Guío James, Javier Gómez Ledesma, y Luis Alfredo Rapalino González recibidos en audiencia del 27 de octubre de 2014 (fls. 572 a 574 C. 2).
- Informe Pericial de Necropsia N° 2011010111001002064 del 11 de agosto de 2017 en el que se señalan las siguientes conclusiones (fls. 1 – 3 C. 3):

"Información útil: Expediente de necropsia. El Juzgado Treinta y Cinco Administrativo del Circuito Judicial de Bogotá. Sección Tercera, remite 224 folios.

PREGUNTA: a. Causas reales de la muerte del sr. Carlos Alberto Uribe Correa.

Informe pericial de necropsia en dos folios. Meninges y encéfalo: Meninges agudas. Columna vertebral: Neuropatía infecciosa en el nervio ciático mayor izquierdo. Sistema osteo (sic) músculo articular: Pus en músculos de regiones paralumbares. Análisis y opinión pericial. Conclusión pericial: Causa básica de muerte: Hombre adulto fallece en centro asistencial por una meningitis aguda y neuropatía infecciosa, cuya etiología está en estudio.

Estudio histopatológico en dos folios. Consecutivo No. D248053. Firmado por Profesional Forense. Cerebro y meninges (tres cortes). Los cortes muestran parénquima de cerebro con meninges, las cuales muestran extenso infiltrado inflamatorio agudo de polimorfonucleares neutrofilos que forma agregados y se extiende a través del espacio subaracnoideo, no se identifican abscesos intraparenquimatosos. La coloración de Gram muestra ocasionales formas conoides grampositivas. Diagnósticos: Cerebro, cerebelo, medula espinal y nervio: Con meningitis bacteriana. Pulmon: Neumonía bacteriana.

²⁸ Folio 517 C. 1

Ampliación No. D248478 Causa de muerte: Cerebro, cerebelo, medula espinal y nervio: Con meningitis bacteriana.

RESPUESTA: Causa de muerte: Hombre de 50 años, fallece en el Hospital Meissen. Cerebro, cerebelo, medula espinal y nervio. Con meningitis bacteriana.

PREGUNTA: b. Si se confirma la meningitis y neumonía bacterianas como causas torales del deceso del sr. Carlos Alberto Uribe Correa.

RESPUESTA: Si se confirma"

- Informe Pericial de Ampliación y/o Complemento de Necropsia N° 2011010111001002064-1:

"(...)

CONCLUSIÓN

a) Pregunta: Demostrar la presanidad del paciente Carlos Alberto Uribe Correa.

Respuesta: Admisión Triage. Fecha Ingreso: 2011-05-17 02:21 Traslado en ambulancia básica. Fecha de fallecimiento: 2011-05-23 12:50

En 2011-05-19 10:05 el Dr. Juan Pablo Solano R. Neurocirujano, escribe que el Sr. Uribe manifiesta postración y perdida peso de 8 kg en más o menos 6 meses sin razón aparente y consumo de un paquete y medio de cigarrillos diario.

b) Pregunta: Determinar la real causa de la muerte (meningitis bacteriana).

Respuesta: Informe Pericial de Necropsia 2011010111001002064 de fecha 2011 05 24 y la Ampliación N° 331089 de fecha 2017 08 11, con:

Estudio histopatológico en dos folios. Consecutivo n° D248053 Firmado por Profesional Especializado Forense. Ampliación N° D248478 Causa de muerte: Cerebro, cerebelo, medula espinal y nervio: Con meningitis bacteriana.

Respuesta: Causa de muerte: Hombre de 50 años, fallece en el Hospital Meissen. Cerebro, cerebelo, médula espinal y nervio: Con meningitis bacteriana.

c) Pregunta: El contagio del paciente mientras estuvo internado en el Hospital Meissen.

d) Pregunta: Falla en el servicio hospitalario por (i) falta o demora en el diagnóstico de la meningitis bacteriana, (ii) la no realización del TAC cerebral y punción lumbar, para descartar o confirmar la meningitis; (iii) el tratamiento para la meningitis bacteriana; (iv) la aplicación de los protocolos hospitalarios; y (v) si se puede establecer la falsedad del diagnóstico y conclusiones consignadas en el Acta del Comité Ad Hoc del 2 de mayo de 2013.

d) (ii) Respuesta: 2011-05-18 05:09 TAC de cráneo simple. Existen artificios de movimiento ocasionando degradación de algunas imágenes, dificultando su valoración. No hay evidencia de colecciones intra o extraaxiales. José Carlos Movilla Radiólogo.

Las preguntas principalmente c) y d) (ii) y (iii) requieren respuesta por un Médico Par en la especialidad o a la Sociedad Colombiana de Neurología.

e) (iv) y (v) La aplicación de los protocolos hospitalarios y el Acta del Comité Ad Hoc de 2013 – 05 – 02 no se encontraron en la información revisada. Se sugiere comedidamente solicitarlas al Hospital Meissen II Nivel Empresa Social del Estado. (...)"

2.6.2. Del daño en el caso concreto

Como se indicó ut supra, el daño se ha entendido como "la lesión del derecho ajeno, consistente en el quebranto económico recibido, en la merma patrimonial sufrida por la víctima, a la vez que en el padecimiento moral que lo acongoja"²⁹. Así mismo, el Consejo de Estado ha referido que el daño es "la afectación, vulneración o lesión a un interés legítimo y lícito"³⁰.

²⁹ Derecho Civil obligaciones. Pág. 538

³⁰ Sentencia 14 de marzo de 2019 Exp 39325 Consejera Ponente María Adriana Marín.

En el caso *sub judice*, el daño consiste en el fallecimiento del señor Carlos Alberto Uribe Correa, acaecido el 23 de mayo de 2011, luego de haber recibido atención médica en el Hospital de Meissen II Nivel ESE. En efecto, según la historia clínica allegada al proceso, se da cuenta de la atención brindada entre los días 17 y el 23 de mayo de 2011. En tal virtud, se encuentra acreditado el carácter cierto y personal del daño.

Pero si bien se estableció lo anterior, la comprobación de la existencia de daño no genera *per se* la responsabilidad del Estado, pues, además, debe estar suficientemente acreditado el nexo de causalidad respecto de la acción u omisión de la entidad demandada y que el daño le es jurídicamente imputable.

2.6.3. Atribución o imputación del daño

La imputación del daño se predica cuando se encuentra demostrado el nexo de causalidad entre el actuar de la entidad demandada, bien sea por acción u omisión, y el daño sufrido por la víctima. La imputación fáctica se construye desde la perspectiva de la identificación de la causa adecuada³¹ del daño, teoría por medio de la cual se establece cuál fue la acción u omisión que concretó el daño por parte de la entidad demandada; o si, por el contrario, dicha concreción le es atribuible a la víctima, a un tercero o al azar. Por su parte, la imputación jurídica tiene relación con la identificación del régimen jurídico aplicable; esto es, si el daño se concretó por una falla del servicio.

Al respecto, es pertinente señalar que, de acuerdo con la reiterada jurisprudencia del Consejo de Estado, el caso, dado que se trata de un asunto de responsabilidad médica, se analizará bajo el régimen de responsabilidad subjetiva.

Según se señala en la demanda, la parte accionante le atribuye la muerte del señor Carlos Alberto Uribe Correa a la parte accionada, por tres razones: por no haberle realizado oportunamente la punción lumbar al paciente, por no haberlo remitido a un hospital de mayor nivel y porque la infección de meningitis bacteriana ocurrió dentro de la institución hospitalaria. En esa medida, para establecer si el daño alegado en la demanda le es atribuible al Hospital de Meissen es pertinente analizar, a partir de las pruebas allegadas al proceso, la atención médica brindada al paciente.

En lo que concierne a la atención médica del paciente, según la historia clínica, se tiene que, el 17 de mayo de 2011, ingresó por el servicio de urgencias al Hospital Meissen II Nivel E.S.E. y en el registro de traslado de ambulancia se observa que ingresó a las 2:05 am³². Luego, a las 2:21:05 horas se le realizó el triage para establecer la prontitud o no de la atención categorizándola en un nivel de prioridad 2 B. Como motivo de la consulta se indicó un cuadro de dolor en la región lumbar. A la consulta, el paciente llevaba consigo el reporte de la radiografía de columna lumbosacra realizada el día anterior y de la cual se estableció como hallazgo una "hernia discal?". Así, entonces, como impresión diagnóstica se indicó "G541 – Trastornos del plexo lumbosacro", ordenándole 50 miligramos de meperidina³³ y toma de paraclínicos.

En la valoración efectuada por el médico cirujano Andrés Garzón, a las 6:10 a.m., advirtió en el hemograma el conteo de leucocitos³⁴ en 20.300; además, se indica dolor severo de columna en una escala de 10/10. Se le ordenó la toma de TAC de columna lumbosacro y aplicación de morfina después de la 7 a.m. Luego, a las 9:34 a.m. fue valorado por la misma especialidad registrando como reporte de cuadro hemático consistente en leucocitosis de 20.980 y neutrofilia 81%, estableciendo como diagnóstico "trastorno de disco lumbar y otros, con radiculopatía"; por tal razón, fue ordenada la interconsulta por ortopedia.

Enseguida, a las 10:56 a.m., el especialista de ortopedia y traumatología³⁵ Javier A. Gómez L., en el examen físico refirió paciente álgico, disminución de la sensibilidad de L5 y S1 izquierdo; asimismo, del cuadro hemático advirtió el conteo de leucocitos en 20980 y con 81% neutrofilos y con parcial de orina sin signos de infección, estableciéndose como

³¹ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Sentencia de del 11 de septiembre de 1997; Sentencia Sección Tercera del 8 de marzo del 2007. Expediente 27434. CP. Mauricio Fajardo.

³² Folio 13 del Cuaderno 2

³³ Folio 187 del Cuaderno 1

³⁴ Ver vuelto folio 187 del Cuaderno 1

³⁵ Folio 75 del Cuaderno 2

diagnóstico "*discitis vs. espondilodiscitis lumbar*". Como plan de manejo el médico ordenó la medición de los reactantes de fase aguda, TAC de columna lumbar y resonancia nuclear de columna lumbar.

El mismo día, a las 02:10:32 p.m., obra registro del reporte de las imágenes diagnósticas de la tomografía axial computarizada de la columna cervical, torácico, lumbar y/o sacro por cada nivel en donde se pudo evidenciar una discopatía incipiente en L5 – S1 asociada a una pequeña protrusión discal; no se evidenció colecciones para vertebrales, según se desprende del siguiente reporte:

"(...) TAC DE COLUMNA LUMBAR

Estructura ósea con densidad normal.

Cuerpos vertebrales de altura y alineamiento posterior conservados, observándose osteofilos marginales, principalmente en L2, L3, L4 y L5.

Pedículos visualizados sin alteraciones.

Existe discreta reducción del espacio intervertebral en L5 - S1, asociado alteraciones degenerativas en articulaciones interapofisiarias en este nivel.

Demás espacios intervertebrales conservados.

Existe pequeña protusión discal en L5 – S1 en situación poster mediana que apenas toca la cara anterior del canal medular.

No hay evidencia de colecciones para vertebrales.

OPINION:

Señales de discopatía incipiente en L5 – S1, asociada a pequeña protusión discal en situación postero (sic) mediana. (...)"

Con apoyo en el anterior reporte del TAC Columna Lumbar, enseguida fue valorado nuevamente por la especialidad de ortopedia, a las 4:34 p.m.³⁶, verificando la ausencia de lesiones óseas líticas y se insiste en la realización de la resonancia magnética de columna lumbar para descartar espondilodiscitis. A su vez, ante la queja verbal del familiar del paciente, quien manifestó que "*no le han dado medicamentos, se está retorciendo del dolor*" se tiene que el médico tratante verificó la administración de medicamentos analgésicos por horario, constató que se los estaban suministrando, y que además el paciente refirió dolor escaso quedando pendiente hospitalización en piso. Luego, a las 8:28 p.m., el médico Héctor Manuel Segura Romero, ordenó meperidina 50 mg cada 8 horas y continuar diperidona 2 gramos cada 8 horas.

Al día siguiente a las 9:51 a.m., el médico ortopedista Richard Hennessey Montilla³⁷ al realizar el seguimiento del cuadro de lumbalgia con radiculopatía asociado a leucocitos de 19.350 y 87% neutrófilos, PCR 241, encontró que el paciente se encontraba en regular estado, diaforético y dolor intenso a la palpación en región lumbar; asimismo, registró que "*el día de hoy se realizará resonancia de columna lumbar*", ordenando además valoración por medicina interna. Igualmente, ese mismo día a las 17:00 horas fue valorado por primera vez por la especialidad de neurología³⁸, Carlos F. Perdomo, quien evidenció que el estado del paciente con dolor no ha sido resuelto con el manejo dado e indicó que "*prima realizar RM columna lumbar y posterior toma de decisión para descartar etiología infecciosa*" para posterior punción lumbar.

Paralelamente, en interconsulta del médico internista, Pecos Hugo Tobar Enciso, en el examen físico se registró lo siguiente:

"Examen físico: Paciente álgico, SIGNOS VITALES: FC: 100XMIN, FR: 14XMIN, PA: 120/67mmHg, CABEZA Y CUELLO: Palidez mucocutánea generalizada, diaforesis, cardiopulmonar, ruidos cardiacos rítmicos, no se auscultan soplos, ruidos respiratorios: murmullo vesicular 02:10:32 conservado sin agregados. ABDOMEN: Blando, no doloroso, no signos de irritación peritoneal, no se palpan masas ni megalias, dolor a la palpación lumbar paraespinal izquierda, extremidades eutróficas, lasegue positivo bilateral, hipoestesias en miembros inferiores, NEUROLÓGICO: alerta, orientado, rigidez nucal dudosa dada por dolor, disminución de fuerza muscular en miembros inferiores.

³⁶ Folio 191 del Cuaderno 1

³⁷ Folio 91 del Cuaderno 2

³⁸ Ver vuelto folio 193 del Cuaderno 1

CH: Leucocitosis + neutrofilia
PCR: Aumentada

ANÁLISIS: Paciente álgico, en el momento con signos de respuesta inflamatoria sistémica, con probable foco infeccioso SNC dada clínica y ausencia a la entrevista de otra sintomatología, se requiere manejo intrahospitalario, se solicita TAC CEREBRAL SIMPLE URGENCIA para posterior punción lumbar, se inicia manejo antibiótico, se solicitan paraclínicos complementarios.

Diagnósticos:

- 1. Neuroinfección?
- Mielitis*
- 2. Radiculopatía Lumbar*

Plan:

- 1. Manejo Conjunto Medicina Interna – Ortopedia*
 - 2. SSN A 10 CC/HORA*
 - 3. MEPERIDINA 25 MG VO CADA NOCHE*
 - 4. AMITRIPTILINA 36 MG VO CADA NOCHE*
 - 5. DIPIRONA 2 GR IV CADA 6 HORAS*
 - 6. CEFTRIAXONA 2 GR IV CADA 12 HORAS*
 - 7. VANCOMICINA 1 GR IV CADA 12 HORAS*
 - 8. DEXAMENTASONA 8 MG IV CADA 6 HORAS*
 - 9. CURVA TÉRMICA Estricta*
 - 10. CSV AC*
- SS/TAC CEREBRAL SIMPLE PREVIO A PUNCIÓNB LUMBAR, HEMOCULTIVOS, BUN, CREATININA, ELECTROLITOS, PT, PTT, UROCULTIVO, RX, TÓRAX (...)*³⁹

Luego, el médico internista, Pecos Hugo Tobar Enciso refiere valoración en conjunto con el neurólogo de turno, quien consideró esperar el resultado de la resonancia magnética de columna lumbar que se realizaría para ese día – 18 de mayo de 2011 – con el fin de aclarar etiología de lumbalgia; asimismo, aparece registro médico que *"suspende inicio de antibióticos y de dexametasona, así como punción lumbar por resto de órdenes igual"*⁴⁰. Al otro día, a las 8:08 a.m., el médico ortopedista Oscar Andrés Gómez Aya indicó que no fue realizada la resonancia magnética nuclear por movimiento del paciente, motivo por el cual consideró prudente realizar exámenes paraclínicos de control y sugirió que, ante el retraso por razones anotadas, se inicie antibióticos en caso de que empeorara.

Ahora, en lo que concierne a la atención médica del paciente para el día 20 de mayo de 2011 a las 8:13 a.m., la médica Diana Fabiola Murillo Vargas registró como diagnóstico el de neuroinfección a descartar y meningitis?. Adicionalmente, advirtió la necesidad de contar el reporte de la prueba Elisa VIH, así como de los reactantes de fase aguda, para así definir la realización de la punción lumbar, encontrando al paciente sin deterioro neurológico. Horas más tarde a las 12:07 p.m. nuevamente fue valorado por la médica junto con el neurólogo, Dr. Serrano, advirtiendo el regular estado y ante el reporte negativo de la prueba Elisa VIH se insistió en la realización de la RMN Dorso Lumbar.

Al día siguiente, 21 de mayo de 2011, en valoración realizada por la médica Claudia Marcela Rojas Rodríguez advirtió que la *"RMN la cual no se ha podido realizar en dos oportunidades"* indicando como causa para la no realización *"...por movilización del paciente a pesar de sedación"*⁴¹. En su momento, neurología consideró no realizar la punción lumbar hasta tanto se determinara la etiología de la infección. Igualmente, se estableció que el paciente requería manejo de tercer nivel de atención *"en donde se dispongan de estudios imagenológicos requeridos y valoración constante por parte de neurología y neurocirugía, ya que en esta Institución no hay disponibilidad de estas especialidades durante las 24 horas al día"*⁴². Dicha remisión fue reiterada al día siguiente – 22 de mayo de 2011 – insistiéndose a su vez con auditoria médica.

A su turno, en la valoración de la evolución de la tarde, a las 16:47, que le hizo la Dra. Arlet Patricia Canon Esquivel, encontró deterioro del paciente en su estado neurológico con glasgow 12/15 con mala respuesta, deterioro paraclínico con leucocitos en 32:000 HB 11 HTC: 32 PLT: 287000N:138 K:3:04 CL: 99 PCR: 99; motivo por el cual fue ordenada la remisión

³⁹ Folio 333 del Cuaderno 1

⁴⁰ Folio 334 del Cuaderno 1

⁴¹ Folio 340 del Cuaderno1

⁴² Folio 340 del Cuaderno 1

para ser manejado por UCI intermedios por no contar con cama disponible en esta institución⁴³. Posteriormente, en la nueva valoración realizada por Arlet Patricia Canon Esquivel estableció como diagnósticos "otras meningitis bacterianas" y que el paciente requería de aislamiento.

El 23 de mayo de 2011, a las 7:34 a.m., el Ortopedista Germán Ernesto Riaño Vélez en conjunto con los Dres. Castillo, Gomezese, Riaño y Castilla, establecieron como diagnóstico Neuroinfección en estudio, siendo cerrada la interconsulta por ortopedia; posteriormente, a las 9:44 a.m., el neurólogo Rafael Ángel Serrano Redondo encontró que durante el fin de semana el paciente había sido llevado para la toma de resonancia dorsolumbar, pero que a pesar de altas dosis de sedación no fue posible tomar el examen por movimiento del paciente secundario a dolor. Al examen, se encuentran signos meníngeos, por lo cual como opinión se diagnosticó meningitis, razón por la cual, fue ordenada la punción lumbar. Enseguida, a las 11:49 a.m., previa autorización de la familia, por el servicio de neurología se realizó la punción lumbar bajo sedación en el espacio L2L3, de lo cual inicialmente salió "material lechoso y hemorrágico, la salida de material cesa"; y que se intenta en L3L4 y, después, otra vez en L2L3, es fallida; tal hecho se le explicó a la familia. Posteriormente, se inició traslado del paciente a UCI por presentar un paro cardio respiratorio, se iniciaron maniobras de reanimación avanzada, según protocolo de masaje cardiaco, declarando el fallecimiento a las 12:50 p.m.

Ante este panorama, es necesario establecer si existe falla del servicio por no haberle realizado oportunamente la punción lumbar al paciente, como afirma la parte actora. Sobre el particular, es pertinente hacer alusión a lo que establecen las guías de manejo para el diagnóstico y tratamiento de la meningitis, y la procedencia de la punción lumbar.

Respecto del procedimiento para el diagnóstico y tratamiento de la meningitis bacteriana, las Guías Básicas de Atención Médica Prehospitalaria del año 2005, señalan:

"La meningitis bacteriana o séptica aguda es una urgencia médica, neurológica e incluso neuroquirúrgica, con morbilidad de 60% y mortalidad de hasta 25%. Clínicamente menos de la mitad de los pacientes presentan los signos y síntomas clásicos como fiebre, rigidez de nuca y alteración del estado de conciencia. En más de 95% de los casos se presentan por lo menos dos de los siguientes signos y síntomas según su frecuencia: cefalea, rigidez de nuca, fiebre y alteración de conciencia.

El estudio prospectivo de Thomas y colaboradores (297 pacientes) evaluó la sensibilidad y especificidad de los signos meníngeos para identificar pacientes con meningitis bacteriana diagnosticada por punción lumbar. Se encontró sensibilidad de 5% y especificidad de 95% para los signos de Kernig y Brudzinski y sensibilidad de 30% y especificidad de 68% para la rigidez de nuca, se concluyó que en la mayoría de los casos estos signos no están presentes cuando hay infección meníngea.

Se ha encontrado que si el paciente al ingreso presenta una de las siguientes manifestaciones que indican gravedad: crisis epilépticas, alteración del estado de conciencia, signos neurológicos focales o shock séptico, junto con recuento de neutrófilos en LCR superior a 1000/mm³, estos hallazgos permiten predecir que se trata de meningitis bacteriana"

Adicionalmente, la Guía para Manejo de Urgencias del año 2009 Edición 3 establece la oportunidad para la práctica de la punción lumbar, en los siguientes términos:

"La punción lumbar es el estudio de elección en pacientes en los que se sospecha infección meníngea aguda. Es importante realizar tomografía axial computarizada de cráneo simple antes de la punción lumbar, que en un servicio de urgencias es más práctica que la resonancia magnética cerebral, en determinados pacientes. Se debe contar con imagen cerebral previa en personas con crisis epilépticas de inicio reciente, signos de focalización, signos de hipertensión endocraneana, alteración del estado de conciencia y estados de inmunosupresión, para evaluar la presencia de signos como el desplazamiento cerebral, que ocurre en caso de lesión cerebral localizada o edema cerebral difuso, con el subsiguiente riesgo de herniación cerebral. El estudio prospectivo con 301 adultos de Hasbun y colaboradores encontró que en ausencia de hipertensión endocraneana y anomalías al examen neurológico, las imágenes cerebrales fueron normales en 97% de los pacientes con sospecha de meningitis. La punción lumbar está contraindicada en personas con coagulopatías por el riesgo de provocar una hemorragia

⁴³ Folio 341 del Cuaderno 1

subaracnoidea o hematomas espinales epidurales o subdurales o infección del sitio donde va a efectuarse.

Además de la punción lumbar y las imágenes cerebrales en los pacientes previamente sanos sin factores de riesgo con meningitis bacterianas agudas hay que estudiar la presencia de infecciones agudas como otitis, sinusitis, neumonía o endocarditis."

De acuerdo con lo anterior, se tiene que, para sospechar de una meningitis bacteriana, el paciente al ingreso debe presentar alguna de las siguientes manifestaciones: crisis epilépticas, alteración del estado de conciencia, signos neurológicos focales o shock séptico, junto con recuento de neutrófilos en LCR superior a 1000/mm³. En esos casos, se está ante un cuadro de meningitis bacteriana. Y en cuanto a la necesidad y oportunidad para realizar la punción lumbar en los casos en que se sospecha de infección meníngea, se señala que antes de tal punción debe realizarse una tomografía axial computarizada simple.

En el caso que ocupa la atención del Despacho, la sintomatología que presentaba el paciente Carlos Alberto Uribe Correa al momento en que ingresó por el servicio de urgencias a las 2:21:05 presentaba una lumbalgia con reporte de radiografía lumbar en la que se observaba que no presentaba lesiones aparentes. En esas circunstancias, el motivo de la consulta no resultaba compatible con un cuadro de meningitis.

Luego, para ese mismo día, a las 9:34 a.m., si bien se contó con los resultados del cuadro hemático que reportaba un conteo de leucocitos en 20.980 y neutrofilia junto con el dolor lumbar este resultado por sí solo no permitía determinar una detección temprana de la meningitis. Igualmente, a las 10:56 horas, con ocasión de la interconsulta con el ortopedista Javier Alexander Gómez Ledesma, en el examen físico se evidenció la existencia de dolor a la palpación de región lumbar, disminución de la sensibilidad de L5 y S1 izquierdo, sin que evidenciara otros síntomas que le permitiera sugerir la meningitis bacteriana, pues generalmente se asocia a la presencia de cefalea, rigidez de nuca, fiebre y alteración de conciencia. En esas condiciones, el ortopedista estableció como diagnóstico "discitis vs. espondilodiscitis lumbar" y ordenó el análisis de reactantes de fase aguda, la toma de la tomografía axial computarizada lumbar y la resonancia nuclear de columna lumbar.

A las 2:10 p.m. fue tomada la tomografía axial computarizada de columna segmentos cervical, torácico, lumbar y sacro por cada nivel; enseguida, sobre las 4:34 p.m., la especialidad de ortopedia analizó los resultados de la imagen diagnóstica y determinó que no había evidencia de lesiones óseas líticas, motivo por el cual insistió en la toma de la resonancia magnética de columna lumbar para descartar la espondilodiscitis. Asimismo, el paciente registraba fiebre de 3 días cuantificada en 38 °, y al examen físico lumbar a través de la palpación se pudo evidenciar la seque izquierda positivo, paresia en extensores de halux, tobillo y rodilla, en L4, L5 y S1 izquierdo, apreciando artrosis facetaria L5 S1 sin apreciar masas en tejidos blandos. Por lo tanto, en estas circunstancias no sugería la sospecha de meningitis. A las 20:28 horas del mismo día - 17 de mayo de 2011 – el médico Héctor Manuel Segura Romero continuó dando manejo con meperidina de 50 mg cada 6 horas, dipirona 2 gramos iv cada 8 horas.

El 18 de mayo de 2011 a las 9:51 a.m., la especialidad de ortopedia, Richard Hennessey, observó al paciente con fiebre de foco no claro; y con dolor intenso a la palpación asociado a leucocitosis de 19.350 y 87% de neutrófilos. Luego, al finalizar la tarde, a las 17:01 horas, la especialidad de medicina interna advirtió un probable foco de infección ante la presencia de rigidez nuchal dudosa por dolor, disminución de la fuerza muscular en miembros inferiores y picos febriles cuantificados en 39 °C, entre otros, por lo que fue ordenada la toma de la Tomografía Axial Computarizada Cerebral Simple previo a la realización de la punción lumbar. Paralelamente, el paciente fue valorado por la especialidad de neurología, Carlos J. Perdomo, quien advirtió la necesidad de analizar la etiología de la infección para así tomar la decisión de realizarse la punción lumbar:

"18/05/2011 17:00 MC: dolor lumbar

EA: Paciente con cuadro de un mes de evolución de dolor lumbar irradiado a miembro inferior izquierdo con limitación funcional, que se ha tornado intolerable, sin mejoría, a pesar de múltiples analgésicos.

No tiene antecedentes patológicos.

Al examen físico, mucosas húmedas, normocrómicas, cardiopulmonar: ruidos rítmicos sin soplos ni agregados.

Neurológico: ansioso, alerta, orientado, lenguaje fluente, atención y cálculo normales. Pares craneales normales

Motor: fuerza 4/5 en miembros inferiores de predominio derecho, reflejos, musculotendinosos: miembro inferior izquierdo +++, miembro inferior derecho +, respuesta plantar indiferente.

Hipoestesia – disestesia en miembro inferior izquierdo

Concepto: paciente con cuadro de dolor lumbar que no cede al manejo, con signos radiculares en miembro inferior izquierdo, a descartar lesiones compresivas locales además llama la atención la subjetividad del dolor. Prima realizar resonancia de columna lumbar y posterior toma de decisión, para descartar etiología infecciosa, tipo radiculitis con punción lumbar. (...)"
(vuelto folio 91 Cuaderno 2 y transcripción consignada vuelto folio 145 del Cuaderno 2).

Asimismo, finalizando la tarde, el médico internista Pecos Hugo Tovar Enciso valoró al paciente en conjunto con el neurólogo de turno, Carlos J. Perdomo, de lo cual, nuevamente se consideró esperar el resultado de resonancia magnética de columna lumbar para aclarar etiología de lumbalgia; por tal razón, fueron suspendidos los antibióticos y la realización de la punción lumbar. De lo anterior, se observa que la sintomatología era de difícil diagnóstico porque el paciente al momento de ingresar al servicio de urgencias no evidenciaba síntomas compatibles con meningitis. No obstante, el paciente permanentemente estuvo asistido por profesionales médicos en interconsulta por diversas especialidades, donde fue advertido un posible foco de infección; por eso, por la especialidad de neurología se vio la necesidad de realizar la resonancia magnética lumbar, para posteriormente tomar la decisión de descartar una etiología infecciosa.

En lo que corresponde a los criterios que se deben tener en cuenta para la realización de la punción lumbar, la Guía de Manejos de Urgencias de 2009 señala que en los casos en que se sospecha infección meníngea aguda, previo a la punción lumbar, se debe realizar una tomografía axial computarizada de cráneo simple. En el sub lite, en efecto, en el expediente se encuentra probado que en horas de la tarde del miércoles 18 de mayo de 2011 se realizó el TAC de Cráneo Simple reportando lo siguiente:

"(...) Se realiza TAC de cráneo simple en cortes axiales de 5 mm de espesor desde la base hasta el vertex craneal.

Existen artificios de movimiento ocasionando degradación de algunas imágenes, dificultando su valoración.

Porciones visualizadas de orbitas y mastoides sin alteraciones significativas.

Fosa posterior sin anormalidades.

Parénquima encefálico con coeficiente de atenuación habitual.

Línea media centrada.

Sistema ventricular de amplitud normal.

Surcos corticales, cisuras silvianas y cisternas de la base anatómica.

No hay evidencia de colecciones intra o extra axiales.

No hay áreas sugestivas de edema en el parénquima encefálico.

En la dependencia clínica sugerimos un control con la realización de estudio contrastado. (...)"⁴⁴

En esas condiciones, se evidencia que al día siguiente del ingreso del paciente le fue practicada la Tomografía Axial Computarizada de Cráneo Simple de la que no se evidenció lesión cerebral localizada o edema cerebral difuso, pues se encontraba dentro de los límites normales. Pese a ello, los especialistas de medicina interna y de neurología, para descartar la etiología infecciosa y establecer la posibilidad de realizar la punción lumbar, determinaron como prioridad la realización de la resonancia magnética lumbar.

Entre las gestiones realizadas para realizar la resonancia magnética lumbar sobresale nota médica que indica que el día 18 de mayo de 2011, no fue posible la toma de la resonancia por movimiento del paciente; ese mismo día, las especialidades de medicina interna y de

⁴⁴ Folio 30 del Cuaderno 2

neurología, a las 17:35 horas, decidieron suspender inicio de antibióticos y de dexametasona a la espera del resultado de la resonancia magnética lumbar; posteriormente, al día siguiente – 19 de mayo de 2021 – a las 8:08 a.m., el médico internista resolvió dar inicio al manejo de antibiótico en caso de que el paciente empeorara. También obra registro que durante la noche el paciente *"se ha descanalizado en tres oportunidades lo que ha interrumpido el suministro de medicación, se aumentó la dosis de analgesia hace 12 h cada 4 h sin que el paciente refiere cambios en la sintomatología"*.

En la hoja de administración de medicamentos⁴⁵ se puede evidenciar que a las 8 a.m. del 18 de mayo de 2011 le fue suministrado vía endovenosa una ampolla de 5 ml de dipirona sódica de 2.5. gramos y una ampolla 2 ml de metoclopramida 10 mg; a las 14 horas una dosis de 30 mg de meperidina; a las 16:00 horas una ampolla 2 ml de tramadol de 100 mg y una dosis de 30 mg de meperidina; a las 22:00 horas otra dosis de 30 mg de meperidina, y a esa misma hora vía oral amitriptilina de 25 mg. Asimismo, con ocasión de la orden de suspensión de los antibióticos por el médico ortopedista Oscar Andrés Gómez Aya, para el día 19 de mayo de 2011 obra registro de la administración de los medicamentos de meperidina 30 miligramos vía endovenosa a las 10 horas, 13 horas y 22 horas, y en esta última hora fue suministrado vía oral amitriptilina de 25 miligramos.

Nuevamente, el día 21 de mayo de 2011, a las 5:07 p.m., la médica Claudia Marcela Rojas Rodríguez, junto con el neurólogo, advirtieron del regular estado del paciente y ante el reporte negativo de la prueba Elisa VIH insistieron en la realización de la RMN Dorso Lumbar. Sin embargo, el 21 de mayo de 2011 la referida profesional advirtió que la Resonancia Magnética en dos oportunidades no fue posible realizarla por movilización del paciente aun encontrándose sedado⁴⁶; asimismo, neurología consideró no realizar la punción lumbar por sospecha de mielopatía secundaria Streptococcus (fol. 84 C. 2) .

Al día siguiente, 22 de mayo de 2011, la Dra. Arlet Patricia Canon Esquivel, evidenció el deterioro del paciente en su estado neurológico con glasgow 12/15 con mala respuesta deterioro paraclínico con leucocitos en 32:000 HB 11 HTC: 32 PLT: 287000N:138 K:3:04 CL: 99 PCR: 99, motivo por el cual fue ordenada la remisión para ser manejado por UCI intermedios por no contar con cama disponible en esta institución⁴⁷. Posteriormente, en la nueva valoración realizada por Arlet Patricia Canon Esquivel estableció como diagnósticos *"otras meningitis bacterianas"* y que el paciente requiere aislamiento.

En cuanto a la meningitis, ésta solo pudo ser diagnosticada el lunes 23 de mayo de 2011, en valoración que hizo el neurólogo Rafael Ángel Serrano Redondo, luego de que aparecieran signos claros de la enfermedad; y, por tal razón, a las 11:49 a.m., previa autorización de la familia, el servicio de neurología realizó la punción lumbar bajo sedación en el espacio L2L3 de donde inicialmente salió *"material lechoso y hemorrágico, la salida de material cesa"*, y se intenta L3L4 y después otra vez en L2L3, es fallida, lo cual se le explicó a la familia. Posteriormente, se inició traslado del paciente a UCI por presentar un paro cardio respiratorio, se iniciaron maniobras de reanimación avanzada, según protocolo de masaje cardiaco, declarando el fallecimiento a las 12:50 pm.

De acuerdo con lo anterior, se encuentra que la punción lumbar es el estudio de elección en pacientes en los que se sospecha infección meníngea aguda, previo a lo cual se debe realizar la Tomografía Axial Computarizada de cráneo simple. En el caso del señor Uribe Correa, se observa que la evolución de la enfermedad del paciente fue tórpida, no clara, difícil de diagnosticar. Nótese que, de acuerdo con la sintomatología con que llegó al centro hospitalario, todo apuntaba a que se trataba de un cuadro de espondilodiscitis y así se manejó hasta cuando fueron apareciendo síntomas compatibles con la meningitis. En lo que corresponde a la toma del TAC, este fue realizado tempranamente, el cual arrojó como resultado que se encontraba dentro de los límites normales. No obstante, como no aparecía clara la causa del dolor, para verificar la etiología infecciosa y establecer la posibilidad de realizar la punción lumbar se ordenó la Resonancia Magnética Nuclear⁴⁸ lumbar. Pero, pese a

⁴⁵ Folios 45 a 47 del Cuaderno 2

⁴⁶ Folio 340 del Cuaderno 1

⁴⁷ Folio 341 del Cuaderno 1

⁴⁸ La resonancia magnética nuclear (RMN) es un examen no invasivo que los médicos utilizan para diagnosticar enfermedades. La RMN emplea un campo magnético potente, pulsos de radiofrecuencia, y una computadora para

que en dos oportunidades se intentó, esta no se pudo realizar porque el paciente se movía. Y es que como señala la literatura científica especializada⁴⁹, ***"Lo primero que debe saber el paciente es que si se mueve durante la prueba o no colabora con la respiración se perderá toda su utilidad"***. En esas condiciones, no se pudo contar con esa prueba diagnóstica de ayuda, pero por razones ajenas a la institución. Pero, además, pese a que se consideró la realización de la punción lumbar, esta se pospuso ante la sospecha de infección en el canal donde se iba a realizar la punción; por tal motivo, y ante la falta de certeza de su etiología no era prudente realizarla porque se corría el riesgo de diseminarse en el sistema nervioso central. Así lo señaló puntualmente el neurólogo Rafael Ángel Serrano en audiencia celebrada el 29 de julio de 2021⁵⁰, donde hizo énfasis en que en esas circunstancias la punción lumbar resultaba contraindicada por la sospecha de una infección en el canal por donde entra la aguja de la punción lumbar, pues se podía introducir una infección al sistema nervioso central. Efectivamente, al revisar la Guía de Manejo de Urgencias de 2009, se encuentra que la punción lumbar estaba contraindicada en personas con infección del sitio donde iba a efectuarse.

Finalmente, la punción lumbar, previa autorización de la familia, se realizó el 23 de mayo de 2011, a las 11:49 a.m., luego de que el neurólogo Rafael Ángel Serrano Redondo encontrara signos meníngeos, por lo cual diagnosticó la meningitis. Como resultado de la punción salió ***"material lechoso y hemorrágico, la salida de material cesa"***; se intentó nuevamente en L3L4 y, otra vez, en L2L3, pero resultó fallida; hecho que se le explicó a la familia. Posterior a ello, se inició traslado del paciente a UCI por presentar un paro cardio respiratorio, se iniciaron maniobras de reanimación avanzada, según protocolo de masaje cardíaco, declarando el fallecimiento a las 12:50 p.m.

Entonces, revisada la atención médica brindada al paciente, incluidos los exámenes clínicos y paraclínicos, se observa que la realización de la punción lumbar que se realizó el 23 de mayo de 2011 para confirmar o descartar la meningitis, obedeció estrictamente al criterio médico profesional según el plan de manejo establecido, dado que la evolución de la enfermedad desde el inicio no fue muy clara. En ese orden de ideas, no le asiste razón a la parte demandante al decir que hubo falla de la entidad por no haber realizado la punción lumbar más temprano para diagnosticar la meningitis. Obsérvese que, inclusive cuando se le hace la punción para tomarle la muestra, el material obtenido resulta aún no claro. Por consiguiente, ese reproche a la entidad no está llamado a ser atendido, dado no que se observa falla al respecto.

Ahora, en cuanto segundo reproche del demandante, consistente en que hubo falla por no haber remitido el paciente a una institución de mayor nivel de complejidad, es pertinente observar el procedimiento de referencia y contrarreferencia seguido para tal fin. En efecto, del Hospital de Meissen se encuentra el registro formal de dos formatos de referencia: uno, del 21 de mayo de 2011, en el que se ordena la valoración y manejo integral en Hospital de III Nivel⁵¹; y otro, del 22 de mayo de 2011 contentivo de la orden de manejo integral UCI Intermedios. Dicho trámite de remisión se adelantó inmediatamente según bitácora de referencia al comunicarse con los Hospitales de Kennedy, Santa Clara y La Victoria, en donde les manifestaron que no contaban con disponibilidad de camas (ver folio 152 cuaderno 1), así:

"21-05-11 5:31 6:00 GRUPO I GLORIA

A LAS 12: SE RECIBE REMISION DE PTE CARLOS ALBERTO URIBE COLSUBSIO PARA MANEJO INTEGRAL A TERCER NIVEL Y GAMAGRAFIA OSEA SE ENVIA REMISIÓN A LA EPS. PENDIENTE

22-05-11 14:00 GRUPO II HERNANDO BOLAÑOS

PACIENTE CARLOS URIBE 49 AÑOS FFD ID MENINGITIS TBC SE COMENTO EN EL H. SANTA CLARA. NO CAMAS DR. GRILLO18-18, H KENNEDY NO CAMAS DR. CARIME.

23-05-11 5:31 06:00 GRUPO I GLORIA

crear imágenes detalladas de las estructuras internas del cuerpo. La RMN no utiliza radiación (rayos X). Las detalladas imágenes por RMN permiten que los médicos puedan examinar el cuerpo y detectar enfermedades.
<https://www.radiologyinfo.org/es/info/bodymr>.

⁴⁹ <https://cuidateplus.marca.com/bienestar/2021/05/16/resonancia-magnetica-debes-178189.html>

⁵⁰ Minutos 1:43:00 hasta de la audiencia del 29 de julio de 2022 obrante en el documento digital N° 70 del expediente digital

⁵¹ Ver folio 23 del Cuaderno 2

PTE CARLOS URIBE CORREA 49 AÑOS COLSUBSIDIO IDX MENINGITIS SE COMENTA EL CASO CON HOSP. SANTA CLARA PARA INTERMEDIOS DRA PORRAS NO CUPO. HOSP. LA VICTORIA DR. RUZI NO CUPO, HOSP. KENEDY DR. A LAROTA NO CUPO PENDIENTE

23-05-11 14-00 GRUPO II HERNANDO BOÑAÑOS

PACIENTE CARLOS URIBE 49 AÑOS COLSUBSIDIO ID DISCITIS PENDIENTE EN II NIVEL (...)”

De lo anterior, se evidencia que el Hospital de Meissen realizó los trámites correspondientes para lograr la remisión del señor Carlos Alberto Uribe Correa al centro médico de nivel superior para continuar el manejo integral por neurología y neurocirugía. No obstante, la remisión no se pudo llevar a cabo, no por negligencia del referido Hospital, sino porque los centros hospitalarios donde le paciente fue referenciado manifestaron no tener disponibilidad de camas para recibirlo. En esas condiciones, al no tener certeza de que lo podían recibir, el Hospital de Kennedy no tuvo otra alternativa que seguir brindándole la atención médica asistencial acorde con el nivel de atención que tenía autorizado. En consecuencia, este reproche tampoco encuentra fundamento en contra de la entidad demandada porque la no remisión del paciente obedeció a circunstancias ajenas a sus deberes.

Finalmente, en cuanto al tercer reproche del accionante, consistente en que hay responsabilidad de la entidad demandada porque la infección de meningitis fue contraída durante la permanencia del paciente en el centro hospitalario, tal cargo tampoco está llamado a prosperar, por lo siguiente.

Según el cuadro clínico que motivó la consulta del paciente Uribe Correa en el Hospital de Meissen, no es posible concluir que la referida enfermedad fue adquirida en el centro hospitalario. De un lado, porque desde el inicio no se logró identificar y diagnosticar la meningitis bacteriana, sino que ello se logró a medida que fue evolucionando y manifestándose a través de sus signos y síntomas. Obsérvese que en el inicio todo apuntaba a espondilodiscitis, para lo cual se dispuso el plan de manejo pertinente; y ante el hecho de que el dolor no cedía se tuvo que pensar en identificar otras causas. Por esa razón, se vio la necesidad de interconsulta del paciente por las especialidades de medicina interna, ortopedia y neurología, donde al final se logró establecer que la enfermedad era meningitis bacteriana.

Y de otro lado, porque al revisar la historia clínica de la atención del paciente en ningún lado aparece registrado como dato médico que la referida meningitis tuviera como sospecha que hubiera sido de carácter nosocomial; es decir, que hubiera sido contraída durante su estancia en el centro hospitalario. Más bien lo que se evidencia es que la enfermedad tuvo un largo tiempo de incubación hasta llegar a manifestar los síntomas propios que la identificaban. Recuérdese que al momento de la consulta inicial se señaló que el paciente llevaba un mes con manifestaciones de dolor, donde no se había podido identificar su etiología. Hecho este que fue corroborado por los facultativos del centro hospitalario, de ahí que el plan de manejo fue ordenar la interconsulta por las especialidades de ortopedia, medicina interna y neurología para encontrar la real causa del dolor, hasta que finalmente se logró establecer la meningitis bacteriana.

Bajo tales consideraciones no es posible concluir que la referida enfermedad sea nosocomial, en el sentido de que haya sido adquirida en el Hospital de Meissen. Y, por tanto, tampoco es dable aplicar en este caso el régimen de responsabilidad objetiva como lo reclama la parte demandante, como en los casos en que sí se ha establecido que la enfermedad es de carácter intrahospitalario.

Cabe recordar que en casos relacionados con el servicio médico hay lugar a declarar la responsabilidad de la entidad demandada cuando se encuentra acreditado que la atención médica no cumplió con los estándares de calidad fijados por el estado del arte de la ciencia médica vigente para el momento de la ocurrencia de los hechos. En esa medida, a la parte demandante le corresponde demostrar que el servicio médico no fue prestado en forma diligente, esto es, empleando todos los medios humanos, técnicos, científicos y farmacéuticos que se tenían al alcance. En el sub lite, tal como se indicó precedentemente, se evidenció que el Hospital de Meissen prestó el servicio médico al paciente Uribe Correa acorde con los criterios médico científicos establecidos por la ciencia médica, poniendo a su disposición los medios humanos, técnicos y farmacéuticos pertinentes, conforme lo exigía el

nivel de atención de segundo nivel para el cual estaba autorizado. Pese a lo cual, finalmente el paciente falleció.

En tales condiciones, no es posible atribuir jurídicamente la muerte del señor Uribe Correa al Hospital de Meissen, pues no se evidenció irregularidad alguna. Hecho este que pone de presente que en asuntos médicos como el que ocupa la atención del Despacho, la responsabilidad que se predica de la institución hospitalaria es de medios y no de resultado. Esto significa que solamente hay obligación de brindar al paciente toda la atención médico asistencial de que se dispone dentro de los criterios de oportunidad, pertinencia y continuidad propendiendo por la recuperación de la salud del paciente. Pero el centro hospitalario no asume obligación alguna consistente en que el paciente efectivamente recupere su salud, pues ello depende de otros factores, que pueden ser externos al paciente o internos del mismo paciente, dependiendo de las preexistencias que tenga o inclusive de la manera como el cuerpo asimile el tratamiento médico.

Así, entonces, como la parte demandante no logró acreditar la falla del servicio en que habría incurrido la entidad demandada respecto de la atención médica brindada al paciente Carlos Alberto Uribe Correa, lo cual era su obligación, tal como lo dispone el artículo 167 del C.G.P., se ha de liberar de responsabilidad al Hospital Meissen II Nivel E.S.E. y se denegarán las pretensiones de la demanda.

2.7. COSTAS

En cuanto a la condena en costas, en aplicación del criterio objetivo valorativo señalado por el artículo 188 de la ley 1437 de 2011, en concordancia con el artículo 365 del Código General del Proceso, debe verificarse si hay lugar a condenar en costas a la parte vencida.

Se habla de un criterio «objetivo» porque en toda sentencia se «dispondrá» sobre costas, es decir, se decidirá, bien sea para condenar total o parcialmente, o bien para abstenerse. Y es «valorativo» porque se requiere que en el expediente el juez revise si las mismas se causaron y en la medida de su comprobación, tal y como lo ordena el Código General del Proceso. En consideración a lo anterior, dado que no aparece acreditada su causación, el Despacho se abstendrá de condenar en costas a la parte vencida.

Finalmente, se aceptará la renuncia presentada por el abogado Agustín Salamanca Ordoñez al poder conferido por Bogotá D.C. – Secretaría Distrital de Salud.

En mérito de lo expuesto, el **Juzgado Treinta y Cinco (35) Administrativo del Circuito de Bogotá - Sección Tercera**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

RESUELVE

PRIMERO: DECLARAR probada la falta de legitimación en la causa por pasiva de Bogotá D.C. Secretaría de Salud, por las razones expuestas.

SEGUNDO: DESESTIMAR la tacha de falsedad ideológica formulada contra el Acta de Comité ad hoc, por las razones expuestas.

TERCERO: DENEGAR las pretensiones de la demanda, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.

CUARTO: Sin condena en costas, por lo expuesto.

QUINTO: Por Secretaría del Juzgado, procédase a la notificación de la sentencia en la forma dispuesta en el artículo 203 de la ley 1437 de 2011.

SEXTO: En firme esta sentencia, liquídense los gastos por la Oficina de Apoyo para los Juzgados Administrativos de Bogotá y en caso de existir remanentes entréguese a la parte interesada.

SÉPTIMO: ACEPTAR la renuncia presentada por el abogado Agustín Salamanca Ordoñez al poder conferido por Bogotá D.C. – Secretaría Distrital de Salud.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

**JOSÉ IGNACIO MANRIQUE NIÑO
JUEZ**

DMAP

Firmado Por:
Jose Ignacio Manrique Niño
Juez
Juzgado Administrativo
035
Bogotá, D.C. - Bogotá D.C.,

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica,
conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **d16f085e9fefabb32ec9d7c8f1694c2f6cf0c04a678cc81cabf28360e2f9fe1d**

Documento generado en 25/07/2022 07:30:44 PM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>