



**TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE CUNDINAMARCA
SECCIÓN PRIMERA
SUBSECCIÓN B**

SENTENCIA N° 2020-06-64 NYRD

Bogotá D.C. Once (11) de junio dos mil veinte (2020)

EXP. RADICACIÓN: 11-001-33-34-004-2016-00185-01
MEDIO DE CONTROL: NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO DEL DERECHO
DEMANDANTE: FUNDACIÓN ABOOD SHAIO
DEMANDADO: SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
TEMAS: NULIDAD ACTO ADMINISTRATIVO QUE IMPONE UNA SANCION PECUNIARIA POR LA NO INSCRIPCIÓN DE NOTAS MÉDICAS- Falsa Motivación
ASUNTO: Sentencia de segunda instancia

MAGISTRADO PONENTE: MOISÉS RODRIGO MAZABEL PINZÓN

Procede la Sala a resolver el Recurso de Apelación interpuesto por el apoderado de la Secretaría Distrital de Salud, contra la sentencia el 30 de mayo de 2018, proferido por el Juzgado Cuarto (4) Administrativo del Circuito de Bogotá, mediante la cual accedió a las pretensiones de la demanda presentada, así:

“PRIMERO: NIÉGASE las pretensiones de la demanda, de acuerdo a la parte motiva del fallo.

SEGUNDO: CONDÉNASE en costas a la parte vencida. LIQUÍDENSE por Secretaría. FIJASE el valor de las agencias en derecho a ser incluidas en la respectiva liquidación en la suma equivalente al 4% de las pretensiones indicadas en la demanda, según lo establecido en la parte motiva de esta providencia.

TERCERO: Ejecutoriada la Sentencia, ARCHÍVESE el expediente, previas las anotaciones de rigor

Igualmente es importante señalar que en los términos de que trata el artículo 207 de la Ley 1437 de 2011 se ha efectuado el control oficioso de legalidad de cada una de las etapas surtidas, concluyéndose que no se observa ninguna causal de nulidad que amerite ser declarada en esta instancia.

I ANTECEDENTES

1.1 Confrontación de los supuestos fácticos expuestos en la demanda y su contestación (Fls. 1 a 16 y 131 a 133 C1):

Parte Demandante	Parte Demandada
<p>- Al momento del ingreso de la paciente fallecida XXXX Lineros Goubert a la Unidad de Cuidados Intensivos en la Fundación Abood Shaio se verificó su estado de salud, y se realizó el registro médico el día 4 de junio de 2012 a las 6:42 horas, visible a folio 8 de la historia clínica anexa, indicando lo siguiente: "<u>mucosa oral seca, deshidratación severa, trastorno electrolítico</u>", identificando la condición clínico patológica presentada mediante el análisis integral de los síntomas como: "<u>cetoacidosis severa o acidemia metabólica severa por hiperglicemia aguada</u>" y se inició el tratamiento correspondiente a "<u>electrólitos y potasio, se decide realizar la reposición horaria del 50%b de poliuria</u>"</p> <p>- Mediante auto No. 0768 del 17 de marzo de 2014, la Secretaría Distrital de Salud formuló pliego de Cargos en contra de la Fundación Abood Shaio dentro de la investigación administrativa No. 1541 de 2013, por la presunta infracción a lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 artículo 185, Ley 1438 artículo 3 numeral 3.8., Decreto 1011 de 2006 artículo 3 numeral 3 y 5 en concordancia con lo señalado en la Resolución 1043 de 2006 (modificada por la Resolución 2680 de 2007, artículo 1 literal a) anexo técnico, criterios 5.1,5.2,5.3, 5.13, 5.14.</p> <p>- El día 6 de mayo de 2014, la Fundación Abood Shaio, presentó descargos al pliego de cargos imputados, sustentando la inexistencia de fallas institucionales en el proceso de atención suministrado a la paciente Lineros Goubert y en el registro de la Historia Clínica.</p> <p>- El día 16 de octubre de 2014 mediante Resolución No. 1458, la Secretaría Distrital de Salud resolvió la Investigación Administrativa No. 1277 de 2013 y decidió sancionar a la Fundación Abood Shaio con multa de 300 salarios mínimos diarios vigentes para el año 2014, equivalente a la suma de seis millones ciento sesenta mil pesos m/cte (\$6.160.000) por la infracción de las normas señaladas, por la imputación de cuatro cargos:</p> <p>a) La existencia de presuntas fallas institucionales frente a la suficiencia de recurso, toda vez que el 04/06 fecha del deterioro del paciente no se realizaron notas médicas durante el día hasta las 21:42 cuando se refiere "nota retrospectiva por complejidad del servicio".</p>	<p>Reconoce la veracidad de los hechos descritos en la demanda, relacionados con la actuación, es decir, la fecha y los descargos presentados, así como la resolución que impuso la sanción y aquellas que resolvieron los recursos de reposición y apelación, respectivamente.</p> <p>No obstante lo anterior, hace las siguientes precisiones relacionadas con la imputación de cargos y el estado de la paciente Lineros G.:</p> <p>- Mediante pliego de cargos No. 0768 del 17 de marzo de 2014 la Secretaría Distrital de Salud encontró mérito para endilgar cargos contra la Fundación Abood Shaio por cuanto de la inspección efectuada el día 13 de junio de 2012 se encontraron inconsistencias relacionadas con: i) la edad de la paciente pues quedaron consignados datos diferentes por los equipos de enfermería y medicina; ii) las notas médicas no realizadas y iii) fallas de seguridad y manejo de los líquidos endovenosos realizados previo y posterior a su deterioro y a la formulación de los mismos y iv) no se anexaron los exámenes de glucometría realizados.</p> <p>- Los hechos origen de la sanción impuesta datan del 1 de junio de 2012 y se relacionan con que la paciente Lineros ingresó a la clínica y regresó a la casa con diagnóstico de gastroenteritis y gastritis, sin embargo, al no mostrar mejoría reingresó a la institución y posteriormente falleció.</p> <p>- Indica que la sanción fue impuesta por: i) el incumplimiento con la obligación de poner notas médicas y solo se realizó una durante el deterioro de la paciente; ii) no se registró en forma clara y específica como se debían aplicar los líquidos endovenosos</p>

<p>b) La existencia de presuntas fallas profesionales y/o institucionales en la seguridad de la atención de la paciente, por el manejo de líquidos endovenosos realizado previo y posterior a su deterioro y a la formulación de los mismos, cuya forma de aplicación no es clara en los registros clínicos anexos y dan lugares a errores en su interpretación, pudiendo favorecer así la aparición del edema cerebral de la paciente.</p> <p>c) La Existencia de presuntas fallas profesionales e institucionales en el registro de la historia clínica toda vez que no se anexan las glucometrías del 4/06/2012 realizadas entre las 7am y 1pm.</p> <p>d) Presunta falla en el manejo de la edad del paciente.</p> <p>- El día 28 de noviembre de 2014, la Fundación Abood Shaio presentó recurso de reposición y en subsidio apelación contra la Resolución No. 1458 de 2014.</p> <p>- Mediante la Resolución No. 031 del 22 de enero de 2015 se resolvió el recurso de reposición interpuesto contra la Resolución No. 1458 del 16 de octubre de 2014 dentro de la investigación administrativa 1541 de 2013, y decidió “<i>no reponer y confirmar integralmente la Resolución No. 1458 del 16 octubre de 2014</i>”.</p> <p>- A través de la Resolución No. 2198 del 10 de noviembre de 2015, se decidió modificar la Resolución No. 1458 del 16 de octubre de 2014, reduciendo la multa impuesta a Fundación Abood Shaio a una suma de cuatro millones ciento seis mil seiscientos sesenta y seis pesos m/cte, con ocasión a los yerros presentados en los registros de la historia clínica relacionados con el estado clínico y la edad de la paciente así como el manejo de líquidos endovenosos.</p>	
--	--

1.2 Lo pretendido, las normas violadas, el concepto de violación / los argumentos de defensa y las excepciones propuestas (Fls. 2 a 26 y 133 a 139 C1):

Parte demandante	Parte demandada
Con la demanda se pretende la <u>declaratoria de nulidad</u> de las Resoluciones Nos 1458 del 16 octubre de 2014, 031 de 2015 y 2198 del 10 de noviembre de 2015, por medio de las cuales se impuso una sanción correspondiente a seis millones ciento sesenta y mil pesos m/cte (\$6.160.000), y se resolvieron los recursos de reposición, confirmando la decisión y el de	En la contestación a la demanda se formula oposición íntegra a las pretensiones, indicando que los actos administrativos son legales, además, carecen de certeza las afirmaciones hechas en el libelo toda vez que la actuación administrativa fue adelantada con principio a las garantías procesales y con fundamento en las pruebas

<p>apelación, disminuyendo la multa en cuatro millones cientos seis mil seiscientos sesenta y seis pesos (\$4.160.000)</p>	obrantes.
<p>En consecuencia y a título de <u>restablecimiento del derecho</u> solicita se ordene la restitución de la suma cancelada y los intereses debidamente indexados, así como el reconocimiento y pago del daño moral causado, la respectiva indemnización y la publicación en un medio de comunicación en la que se indique que el demandante no tuvo la culpa en el deceso de la niña Lineros.</p>	En ese sentido, se pronuncia en torno a los cargos de nulidad formulados, así:
<p>Se identifican como normas violadas, las siguientes: artículos 29 de la Constitución Política, artículos 3,49,50 128 del CPACA y artículos 128,141 y 142 de la Ley 734 de 2002</p>	A. La actuación administrativa respetó el debido proceso sancionatorio , así como todas garantías constitucionales y legales que le asisten al investigado, y prueba de ello es que los apoderados de la Fundación Abood Shaio ejercieron la respectiva defensa frente a los cargos y la sanción impuesta, además la Secretaría Distrital de Salud resolvió todos los argumentos planteados por el extremo actor, aunque este no desvirtuó los cargos imputados.
<p>El concepto de violación se estructura en torno al siguiente los siguientes cargos de nulidad:</p>	B. Los actos administrativos determinaron las normas específicas que fueron vulneradas por el extremo actor es decir el artículo 185 de la Ley 100 de 1993, numeral 3.8 de la Ley 1438 de 2011 y numeral 3.5 del artículo 3 del Decreto No. 1011 de 2006.
<ul style="list-style-type: none">- Se viola el derecho a la defensa y contradicción pues las resoluciones se fundamentaron en afirmaciones imprecisas además se omitió realizar una valoración del material probatorio que acreditan que la atención brindada a la paciente fue adecuada y ajustada a las guías de manejo.	C. La sanción impuesta si tuvo en cuenta los criterios de dosificación establecidos en el artículo 577 de la Ley 9 de 1979, así mismo en los artículo 42 y 44 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, y en ese sentido la multa impuesta cumple con los fines de condensar la falta y el de prevención, así como con los principios de proporcionalidad y razonabilidad de la medida pues se observó la transgresión de los deberes y de los cargos endilgados.
<ul style="list-style-type: none">- Falsa Motivación pues la entidad demandada argumentó razones por las cuales impuso la multa, ni probó las infracciones administrativas endilgadas a la demandante, pues:	D. No hubo daño al buen nombre de la institución prestadora de salud.
<ul style="list-style-type: none">i) no explicitó los motivos para determinar que el manejo de líquidos endovenosos no fue claro y adecuado, pues las actuaciones estuvieron sustentadas en la mejor evidencia; ii) no estableció el incumplimiento de la norma que señala cuál es la periodicidad en la que deben registrar las condiciones de salud de la paciente; iii) no se determinó qué se entiende por periodo de tiempo largo, desconociendo las órdenes médicas, su ejecución, y plan de manejo consecuente; iv) no hay fundamentos de derecho o de hecho que permitan determinar que el error de digitación de la fecha de nacimiento de la paciente ocasionó fallas en la prestación del servicio de salud brindada.	

<p>Shaio desconociendo que todo acto médico acarrea riesgos y beneficios, pues las obligaciones tanto de las instituciones prestadoras de salud como la de los galenos son de medio y no de resultado, además.</p> <p>Adicionalmente indica que la entidad demandada sostuvo que el acaecimiento del riesgo provisto es imputable al manejo de líquidos desconociendo que este se debía al diagnóstico de la paciente correspondiente a una cetoacidosis lo que podía generar un edema cerebral.</p> <p>De igual forma, refiere que aun ante la inexistencia de los elementos de responsabilidad administrativa le impuso una multa a la Fundación Abood Shaio, puesto que: i) la atención brindada a la paciente Lineros Goubert fue adecuada, oportuna, diligente, perita, por ende, y no existe reproche por negligencia o descuido en su actuación; ii) no existe relación causal entre la actuación de la institución prestadora y el cuadro clínico de la paciente y iii) no se quebrantó norma legal ni reglamento alguno.</p> <p>Así también puntualiza que la condición clínica patológica se determinó desde el momento del ingreso a la unidad de cuidado intensivo, procedimientos que determinaron el diagnóstico y el plan de manejo, aunado a la monitorización continua del equipo médica asistencial en la que se evalúa permanente la condición hemodinámica, neurológica, la glicemia y la orina; lo que denota la integralidad del acto médico y la continuidad en la prestación del servicio.</p> <p>Por último se hace referencia a que la Administración desconoció el esquema de graduación de las sanciones, pues ejerció la potestad sancionadora sin valorar la gravedad de la falta y el rigor de la multa ante la inexistencia de la ley especial.</p>	
---	--

1.3. Fallo Impugnado de Primera Instancia (Fls. 240 a 247 C1)

El juez de primera instancia mediante sentencia del 30 de mayo de 2018 negó las pretensiones de la demanda y condenó en costas a la parte vencida.

Para llegar a esta decisión el *a quo* señaló que el problema jurídico se circunscribía a decidir sobre la legalidad de las Resoluciones Nos 1458 del 16 octubre de 2014, 031 de 2015 y 2198 del 10 de noviembre de 2015, por medio de las cuales se impuso una sanción correspondiente a seis millones ciento sesenta y mil pesos m/cte (\$6.160.000), y se resolvieron los recursos de reposición, confirmando la decisión y el de apelación, disminuyendo la multa en cuatro millones cientos seis mil seiscientos sesenta y seis pesos (\$4.160.000), analizando si dichos actos

administrativos adolecían o no de falsa motivación, es decir sí la Secretaría Distrital de Salud: i) incurrió en una omisión valoratoria de las piezas que daban cuenta que la atención médica atendió al criterio de periodicidad y tuvo manejo adecuado de líquidos, ii) no tuvo fundamento normativo para concluir que hubo un indebido diligenciamiento de la historia clínica y iii) desconoció los criterios definidos por la ley para la tasación de la multa.

En primera medida el *a quo* realizó una reconstrucción fáctica de la actuación realizada por la Secretaría Distrital de Salud de conformidad con los antecedentes administrativos que fueron decretados como prueba en la audiencia inicial, haciendo referencia a que la paciente menor de edad ingresó el día 3 de junio del año 2012 a la Fundación Aboot Shaio en Bogotá y falleció el 6 del mismo mes y año. Con ocasión a una queja presentada en contra de dicha institución, la entidad demandada realizó una visita en la que concluyó debía iniciar una investigación preliminar. Posterior a ello, recibió la historia clínica de la usuaria, respecto de la cual se rindió el Concepto Técnico Científico y con dicha de documental se imputaron los cargos y se expedieron los actos administrativos cuya legalidad se demanda.

La primera instancia trajo a colación la normativa que tuvo en cuenta la Superintendencia Nacional de Salud para proferir las resoluciones atacadas, es decir el artículo 130 de la Ley 1438 de 2011, literal a) de la Circular Conjunta Externa 16 de 15 de mayo de 2013 y el artículo 9 de la Resolución 4343 de 2012, el artículo 32 del Decreto 1011 de 2006 -relacionado con temas de *habilitación y sistema de información de las instituciones prestadoras de salud*- así como lo atinente al contenido de la historia clínica, regulado en el artículo 34 de la Ley 23 de la Ley 1981 y en el artículo 3 de la Resolución 1995 de 1995.

Adicional a lo anterior, y a fin de resolver el caso en concreto, indicó el *a quo* que del análisis del concepto técnico de la doctora Rosana Angélica Ramírez Pedreros y de los actos administrativos que se expedieron en el trascurso de la actuación, se evidenció que los motivos por los cuales se impuso la sanción no estaban relacionados con la prestación del servicio de salud en sí mismo, o con la buena o mala praxis de los profesionales encargados de la atención de la paciente, sino que correspondían a infracciones de orden administrativo acaecidas por las falencias en la historia clínica, independientemente que dichas circunstancias hubieran tenido o no que ver con el deceso de la menor.

En ese orden de ideas, puntualizó que para resolver el cargo de falsa motivación, se debía establecer si el demandante desvirtuó el incorrecto diligenciamiento de la historia clínica puntualmente en los siguientes aspectos: i) la no realización de notas médicas secuenciales y oportunas de conformidad con los servicios prestados el día 4 de junio de 2012, ii) la falta de claridad en los registros clínicos anexos respecto de los líquidos endovenosos y iii) las inconsistencias en el registro de la edad del paciente.

Desarrollando lo anterior, indicó que los argumentos expuestos por el extremo actor no estaban llamados a prosperar toda vez que:

1. De conformidad con el artículo 3 de la Resolución 1995 de 1999 se establece que el diligenciamiento de la historia clínica debe hacerse de manera simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio. Sin embargo, en el caso en estudio, de conformidad a las pruebas obrantes, se acreditó que el servicio médico prestado el día 4 de junio a las 2012 a las 8:00 am fue anotado a las 9:42 pm, es decir trece horas,

lo que no puede calificarse como un registro en tiempo y que cumpliera con las condiciones que exige la norma.

En ese sentido, si bien a través del testimonio de la doctora Maribel Valencia Benavidez se explicó que la condición de la paciente era crítica y por ende no se podía paralizar su atención para realizar las anotaciones respectivas y además que no existe un tiempo estándar para efectuar las notas médicas, lo cierto es que la disposición señalada *supra* precisa el tiempo en que estas deben realizarse y el hecho que se hubieran plasmado órdenes médicas relativas a medicamentos y directrices a enfermería solo demuestran la atención en salud, pero no acreditan que la infracción de la norma no se haya cometido.

De igual forma, precisa que si se admitiera la nota retrospectiva como un recurso usual en la práctica, se advierte de igual manera que no existió secuencialidad de la narración, pues a las 9:22 pm se efectuó una anotación de evolución, (Fl 108) y luego lo correspondiente a los servicios prestados entre las 8:00 am y 6:00 pm, es decir lo realizado a las 8:30 am, 9:00 am, 9:20 pm, 10:00 am, 11:00 am a 12:00 m; 1:00 pm; 2:00 pm y 3:00 pm (Fls 109 y 110)

En ese orden de ideas, no se desvirtuaron los cargos imputados al demandante relacionados con el registro tardío en la historia clínica.

2. En relación a la falta de claridad en los registros clínicos del suministro de líquidos endovenosos se recaudaron distintos medios probatorios, entre ellos lo consignado en la historia clínica de la paciente y lo esgrimido durante en testimonio técnico del profesional que elaboró el concepto a partir del cual se inició la investigación administrativa, pues en virtud del artículo 36 de la Ley 23 de 1981 y el artículo 3 de la Resolución 1995 de 1999 se exige que la historia clínica debe ser diáfana, al igual que los registros sobre los procedimientos realizados al paciente.

A través del libelo demandatorio y en los alegatos de conclusión el extremo actor enfatizó este cargo en la idoneidad del uso de los medicamentos suministrados, sin embargo, como se dejó claro preliminarmente el juicio sobre la legalidad de los actos administrativos no tiene que ver con la práctica médica realizada.

En ese sentido para demostrar la falsa motivación alegada, lo procedente era demostrar la claridad en las anotaciones respecto del suministro intravenoso de medicamentos, no obstante, al revisar las prescripciones manuscritas obrantes a folios 138 a 144 del cuaderno de antecedentes, se observa que de cuarenta y cuatro (44) registros hechos, solo 9 (nueve) cuentan con instrucciones, por lo que al no discutir o acreditar que los registros se hicieron de forma diáfana y que de las pruebas aportadas no puede concluirse algo distinto a lo plasmado en los actos administrativos demandados, no hay lugar a declarar la falsa motivación por dicha circunstancia.

3. Los artículos 9 y 3 de la Resolución 1995 de 1999 establecen que en la historia clínica se debe especificar las condiciones biológicas del paciente, así como la información relacionada con la identificación del usuario, no obstante, la institución prestadora consignó distintas edades de la menor, correspondiente a 7 y 11 años, yerro que en efecto fue reconocido por el extremo actor, quien indicó que tal circunstancia no afectó la prestación del

servicio de salud.

En razón a ello, y como quiera que la obligación indicada en la normativa era digitar correctamente la edad de la paciente y que para sustentar el cargo de falsa motivación no controvirtió la ocurrencia del hecho, no puede declararse la prosperidad del cargo formulado.

4. En relación a la inadecuada graduación de la sanción, que fue propuesta como cargo en la fijación del litigio, se advierte que no hubo pretensiones de restablecimiento relacionadas pues simplemente se peticionó la devolución de la multa y no la disminución en la suma, por lo cual, no se abordó el estudio de este aspecto.

1.5. Recurso de apelación interpuesto por la demandante - Fundación Abood Shaio (Fls 253-258)

El apoderado de la parte demandante presenta su recurso de apelación indicando que los actos demandados si adolecen de falsa motivación pues:

- Al interior de la actuación administrativa no se acreditó que el manejo de líquidos no fue claro así como tampoco que la nota retrospectiva consignada en la historia clínica no hubiere seguido las características exigidas de cronología y secuencialidad, pues contrario a lo sostenido por la Secretaría Distrital de Salud la médica encargada realizó las anotaciones bajo esos criterios, pues consignó en detalle la atención suministrada, los eventos y valoraciones realizadas con precisión de la hora y la fecha, por lo tanto no existe la infracción imputada, pues las observaciones se ajustaron a lo ordenado en la normativa, toda vez que, las anotaciones se hicieron con posterioridad debido a la condición crítica de la paciente, y en ningún momento se argumentó que hubiese existido una imposibilidad material o que se estuviese excusando de dicha actividad.

Adicional a lo anterior, indica que si bien se presentaron equivocaciones o posibles falencias en las historias clínicas estas no generaron daño alguno, además se han realizado controles y auditorias para evitar que en el futuro estos yerros sigan presentándose.

- En lo relacionado a la medicación, reitera que, de acuerdo con la historia clínica, los testimonios y las anotaciones, el tratamiento fue oportuno pues lo ordenado fue suministrado de manera pertinente y en su totalidad y no se presentaron inconsistencias o periodos de ausencia, además en virtud del material probatorio, se pudo acreditar que este fue claro.

Adicional a ello el cálculo de los líquidos suministrados se hizo de acuerdo con la superficie corporal de paciente, el peso y la literatura científica y los protocolos contenidos, por ende, el edema cerebral que se produjo en la paciente no se dio por el mal manejo de los medicamentos sino como resultado de una de las complicaciones que podrían presentarse por la patología de la usuaria correspondiente a cetoacidosis diabética.

- Los argumentos de la entidad demandante que fundamentan la sanción son arbitrarios puesto que los errores presentados no fueron la causa del deceso de la menor, pues la falencia en los registros en la historia clínica no tuvo efectos desfavorables, y por ende no se acreditó que se hubiese incurrido en una mala praxis o una deficiente prestación del servicio de salud, por el contrario, se

privilegió la vida de la paciente sobre el registro y por ende no hubo incumplimiento normativo.

- Los cargos que motivaron los actos administrativos fueron ambiguos, genéricos e imprecisos al no especificar que la conducta que inequívocamente quebrantó las disposiciones citadas, además la sanción fue impuesta sin los respectivos soportes y sin incluir atenuantes o agravantes de acuerdo con las pruebas aportadas.

Adicional a lo anterior, el extremo actor argumenta que la Secretaría Distrital de Salud **violó su debido proceso**, pues no corrió traslado de las piezas procesales que fundamentaron los cargos imputados, además **infringió el principio *in dubio pro administrando***.

Finalmente, hace referencia a la calidad de los servicios de salud que fueron prestados por la Fundación Abood Shaio a la paciente, además de la experiencia de los médicos tratantes de aquella, quienes, indica son profesionales capacitados que cumplieron los protocolos científicos y la *lex artis*, pues no existe nexo causal entre la muerte de la usuaria y alguna actuación desplegada por la demandante y por ende no sería acreedora de una sanción.

II. TRÁMITE PROCESAL SURTIDO EN SEGUNDA INSTANCIA

Mediante Auto No. 2018-07-475 del 3 de agosto de 2018 se admitió el recurso de apelación presentado por el apoderado de la Fundación Abood Shaio, contra la Sentencia del 30 de mayo de 2018 proferida por el Juzgado Cuarto Administrativo del Circuito de Bogotá D.C., mediante la cual se negaron las pretensiones de la demanda (Fls. 240 y 248 C1).

El 31 de agosto de 2018 mediante Auto Nº 2018-08-290 se ordenó correr traslado por el término de diez (10) días para presentar los alegatos de conclusión al considerarse innecesaria la audiencia de que trata el numeral 4 del artículo 247 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (Fl. 12-13 C2).

2.1 Alegatos de conclusión y concepto del Ministerio Público en segunda instancia

El extremo actor presentó alegatos de conclusión (Fls 15 a 19 C 2) reiterando los argumentos expuestos en el recurso de apelación, indicando que no hubo vulneración de la normativa, pues las anotaciones sobre los procedimientos médicos realizados a la paciente, se hicieron de forma retrospectiva, en virtud de la condición crítica de la usuaria, por lo cual debía darse prioridad a su atención, no obstante, el registro respecto de la evolución se hizo de forma consecuencial, cronológica y detallada por la médico tratante quien es la persona encargada de consignar los datos en las historias clínicas.

En relación con el manejo de líquidos, puntualiza que los testigos técnicos acreditaron que el suministro de medicamentos fue adecuado pues no hubo ninguna duda al respecto, y además este fue prudente, racional y oportuno, por ende insiste en que el servicio de salud prestado fue de alta calidad y de conformidad con la ley del arte, y hay total claridad en la forma en que fueron aplicados los líquidos intravenosos y en ese orden de ideas no es responsabilidad de la institución la aparición del edema cerebral.

Frente al yerro en la edad de la paciente, indica que esto se pudo ocasionar o al momento de la digitación por parte del personal o por una errada información que dieron los padres de la paciente, además no existe prohibición de uso de notas aclaratorias, por ende, la variación de la información se debe precisamente a la corrección de la información que inicialmente había sido consignada.

Adicional a ello, concluye que todos los procedimientos fueron realizados conforme a la edad real de la menor, por lo que el error fue irrelevante en la atención que se le brindó.

A su turno, la Secretaría Distrital de Salud (Fls. 20 a 23 C2) insistió en los planteamientos expuestos en la contestación del medio de control al defender la legalidad de los actos administrativos demandados, precisando que la imposición de la multa a la demandante obedeció al contraste de las normas infringidas y el material probatorio, y que durante toda la actuación se respetaron las garantías propias del debido proceso, del derecho de defensa y las demás garantías propias del ius puniendi.

Indica que la sanción impuesta a la institución prestadora de salud tiene origen en la trasgresión a las disposiciones que regulan el manejo de la historia clínica, particularmente en lo que tiene que ver con el manejo de líquidos, inconsistencias en las edades de la paciente y las notas médicas retrospectivas lo que va en contravía de la Resolución No. 1995 de 1999.

En ese orden de ideas reitera que la prosperidad de los cargos esbozados en contra de los actos sancionatorios no está relacionada con si existió una falla médica.

Finalmente solicita se confirme la Sentencia dictada por el Juzgado Cuarto Administrativo del Circuito de Bogotá.

Por su parte, el **Ministerio Público** no emitió concepto alguno, tal y como se consta en la certificación expedida por la Secretaría visible a folio 24 del cuaderno dos expedida el 10 de octubre de 2018.

Para resolver, las Sala desarrolla las siguientes,

III. CONSIDERACIONES

3.1. Competencia

En virtud de lo establecido en el artículo 153 de la Ley 1437 de 2011, el Tribunal es competente para conocer del recurso de apelación, en atención a que “*Los tribunales administrativos conocerán en segunda instancia de las apelaciones de las sentencias dictadas en primera instancia por los jueces administrativos...*”, como quiera que en el *sub lite* se trata de una sentencia proferida en primera instancia por el Juzgado Cuarenta Administrativo del Circuito de Bogotá, que pertenece al Distrito Judicial Administrativo que preside el Tribunal Administrativo de Cundinamarca.

3.2. Legitimación para recurrir

La parte demandante se encuentra legitimada para recurrir, por cuanto la decisión emitida resultó adversa a sus intereses al negar a las pretensiones de la demanda,

es decir, que le fue desfavorable la providencia emitida.¹

3.3. Cuestión Previa

Antes de determinar el problema jurídico a resolver por parte de la Sala, se hace necesario realizar unas precisiones en cuanto a los cargos formulados, la fijación del litigio, el fallo proferido en primera instancia y el recurso presentado, en el marco del principio de congruencia que se predica del proceso.

En primer lugar, en la demanda se plantea *grosso modo* el cargo de falsa motivación y vulneración al debido proceso, indicando que no existió la vulneración imputada por la Secretaría Distrital de Salud por cuanto a la paciente Lineros Gourbert se le brindó un servicio de calidad, sin que se pueda atribuir a la institución prestadora su fatídica muerte, pues: i) el acervo probatorio aportado acredita que el registro retrospectivo que se hizo en la historia clínica obedeció a la condición crítica de la usuaria, pero además se demuestra a través de las órdenes médicas que el servicio prestado fue adecuado, oportuno, diligente y perito ii) hubo claridad en el manejo de los líquidos suministrados los cuales fueron ordenados de conformidad con la literatura médica, iii) los yerros en la edad de la paciente obedecieron a un error de digitación, pero esta circunstancia no tuvo injerencia en la atención brindada, iv) se desconocieron los criterios para la dosificación de la multa.

Igualmente, la parte demandada se refirió a los cargos así formulados en su escrito de contestación.

En la fijación del litigio el juez determinó como interpretación de la demanda que el problema jurídico consistía en determinar si los actos acusados debían ser declarados nulos por haber sido expedidos con falsa motivación. Y en el fallo proferido desarrolló ese cargo en consonancia con los argumentos que presentó la empresa demandante y sobre los cuales ejerció el derecho de defensa la entidad demandada.

Ahora, el recurso de apelación presentado controvirtió las afirmaciones realizadas en el fallo de primera instancia únicamente en relación a la ausencia de las notas en la historia clínica el día 4 de junio de 2012 y el manejo de los líquidos suministrados a la paciente, hizo otras presiones respecto de los profesionales que prestaron el servicio de salud y enfatizó que no se tuvo en cuenta las circunstancias atenuantes o agravantes, pero además indicó que se debía tener en cuenta que se vulneró el debido proceso por cuanto no se le corrió traslado de algunas piezas procesales, había lugar a la aplicación del principio *in dubio pro administrando*, además precisa que el fundamento normativo que presuntamente incumplió la demandante no se adecua a los supuestos de hecho que dieron lugar al pliego de cargos, y que estos fueron indeterminados y poco claros.

En efecto, si bien la interpretación de la demanda está establecida para evitar un exceso de ritual manifiesto y lograr determinar en conjunto los motivos de inconformidad planteados, así como también la fijación del litigio tiene una finalidad de determinar cuáles son los aspectos fácticos y jurídicos en los que existe controversia y reducir complejidad, no por ello debe dejarse de lado el principio de congruencia que se predica durante todo el proceso a partir de la demanda, los cargos presentados, las pretensiones, las pruebas a recaudar, las alegaciones finales y culminando con el fallo respectivo, es decir, debe

¹ Artículo 320 del Código General del Proceso.

salvaguardarse el hilo procesal que conduce el proceso hasta que finalice en su totalidad, incluida la segunda instancia.

En ese orden de ideas, se observa que el demandante precisó los cargos que pretendía imputar y si bien los denomiñó ampliamente como violación al debido proceso y falsa motivación, e hizo afirmaciones indeterminadas sin mayor explicaciones respecto a los cargos imputados, el juez procedió a fijar el litigio a partir de la interpretación de la demanda indicando que los actos administrativos estaban siendo atacados en virtud de sus fundamentos (falsa motivación en atención a que no había pruebas que acreditaran la infracción y que no se habían valorado de forma correcta los medios aportados en el sub lite), argumento sobre el cual ejerció el derecho de defensa la entidad, y al final el litigio quedó así fijado sin haberse hecho alusión, ni en la demanda ni en ese momento procesal, nada en relación a yerros ocurridos respecto de la claridad de los cargos imputados, el traslado de pruebas al interior de la actuación administrativa u otras garantías constitucionales vulneradas, y además se adoptó la decisión de primera instancia bajo esa estructura, no obstante, el demandante pretendió incluir nuevos argumentos luego de fijado el litigio y proferir el fallo, lo que conlleva a un rompimiento del principio de congruencia entre lo pretendido, lo probado y lo resuelto durante el proceso de primera instancia.

Frente al principio de congruencia el Consejo de Estado ha señalado:

“En relación con el principio de congruencia de las sentencias y los fallos ultra y extra petita, esta Corporación ha señalado lo siguiente: “(...) el principio de congruencia de la sentencia, en sus dos acepciones: como armonía entre la parte motiva y la resolutiva del fallo (congruencia interna), y como conformidad entre la decisión y lo pedido por las partes en la demanda y en la contestación (congruencia externa) El principio así concebido persigue la protección del derecho de las partes a obtener una decisión judicial certera sobre el asunto puesto a consideración del juez, al igual que la salvaguarda del debido proceso y del derecho de defensa del demandado, cuya actuación procesal se dirige a controvertir los argumentos y hechos expuestos en la demanda. Igualmente, trae consigo los conceptos de fallo ultra y extrapetita, como decisiones que van más allá de lo pedido, ya sea porque se otorgan cosas adicionales a las solicitadas en la demanda (sentencia ultrapetita), o porque se reconoce algo que no se solicitó (sentencia extrapetita)”.

En igual sentido, en otro pronunciamiento, esta Corporación manifestó: (...) De esta manera, el principio de congruencia de la sentencia tiene como finalidad que haya consonancia entre la parte motiva y la parte resolutiva de la providencia (congruencia interna); al igual que haya conformidad entre lo solicitado por las partes en la demanda y en su contestación (congruencia externa). Lo anterior, a fin de salvaguardar el derecho de defensa y el debido proceso de las partes intervenientes en el proceso y, en este sentido, que en la sentencia no se decreten aspectos adicionales a los solicitados por las partes (fallo ultrapetita), ni se reconozca algo que no haya sido solicitado (fallo extrapetita). En el presente asunto la apelante manifiesta que en la sentencia de primera instancia hay desconocimiento del principio de congruencia y que el fallo es ultra o extra petita; frente a lo cual esta Sala advierte que no le asiste razón a la recurrente por cuanto el proceso fue fallado acorde con lo solicitado y probado por las partes.”²

En el presente caso, el demandante desde un principio invocó una falsa motivación asociada a la omisión de la valoración probatoria y al desconocimiento de los criterios de dosificación sancionatoria, sin embargo, como se reitera, en el recurso de apelación se pretendió incluir argumentos nuevos, los cuales no fueron puestos

² Consejo de Estado, Sección Cuarta, Exp. 25000-23-37-000-2012-00162-01(20779). Providencia del 31 de mayo de 2018. C.P. Milton Chaves García

de presente durante todo el proceso judicial adelantado en primera instancia y tampoco incluidos en la fijación del litigio, pues se trataban de afirmaciones indeterminadas.

En ese contexto, considera la Sala pertinente referir que el recurso de apelación no puede ser concebido por el demandante como una nueva oportunidad procesal para agregar argumentos o cargos a los ya formulados; argumentos que no fueron indicados en las oportunidades procesales previstas para ello. Lo anterior en observancia del principio de *preclusividad* de las etapas y oportunidades procesales, el *debido proceso y derecho de defensa y contradicción*, en este caso del demandado. Además, como se expuso *supra* en el *sub lite*, el apoderado judicial de la parte demandante, espera hasta la fase de interposición de su recurso de apelación, y agregar a su demanda nuevos argumentos, relacionadas con el debido proceso administrativo (tipicidad y legalidad) e infracción de las normas en que debía fundarse, arguyendo que los supuestos de hecho relacionados con la conducta desplegada por el extremo actor no tiene relación con las disposiciones que se consideraron vulneradas o que la Secretaría no precisó cuál fue la conducta que generó la infracción.

Por tanto, el Tribunal contraerá el estudio de segunda instancia a aquellos asuntos en torno a los cuales ostenta competencia, esto es, al análisis de los cargos que fueron referidos en el escrito de impugnación, que son congruentes con el escrito de la demanda, la fijación del litigio y que fueron objeto del proceso en primera instancia, estos son: la falsa motivación asociada al desconocimiento de los criterios de dosificación sancionatoria (circunstancias de agravación y atenuación) y la valoración probatoria porque analizar ahora sí la entidad debió aplicar el principio *in dubio pro administrando* o correr traslado de actos procesales al interior de la actuación administrativa o si la adecuación típica que hizo la Secretaría Distrital de Salud no fue correcta, violaría el principio de congruencia y el debido proceso.

Desde luego, dado que el juez de primera instancia se pronunció frente a los motivos de inconformidad esbozados en la demanda, pero independientemente de la denominación de los cargos, sí es necesario precisar que se procederá a pronunciarse sobre el recurso interpuesto, los argumentos y reparos frente a la sentencia a partir de los cargos analizados en primera instancia, considerando que los motivos de inconformidad se restringen al fundamento que no hubo violación alguno a la normativa relacionada con el manejo de la historia clínica, el manejo de líquidos fue el adecuado y por ende el servicio prestado cumplió con los estándares de calidad, por lo tanto el deceso de la paciente no estuvo relacionado con las actividades desplegadas por los profesionales asociados al institución prestadora de salud.

En consecuencia, se precisa que el presente trámite del recurso de apelación, en donde se trata de un apelante único, conmina a que el pronunciamiento de la segunda instancia sea exclusivamente sobre lo que es materia de impugnación, tal y como lo dispone el artículo 328 del Código General del Proceso, aplicable en virtud de la remisión expresa contenida en el artículo 306 de la Ley 1437 de 2011, por lo que las razones aducidas por el recurrente en la sustentación de la apelación delimitan la competencia funcional del juez de segunda instancia a esos argumentos concretamente y por tanto, no puede esta Judicatura manifestarse frente a los pronunciamientos que no fueron objeto de impugnación.

3.4. Planteamiento del Problema Jurídico principal y sus asociados.

En ese orden de ideas, para la Sala el **problema jurídico principal** consiste en determinar si los actos administrativos demandados, esto es, si Resoluciones Nos 1458 del 16 octubre de 2014, 031 de 2015 y 2198 del 10 de noviembre de 2015, por medio de las cuales se impuso una sanción correspondiente a seis millones ciento sesenta y mil pesos m/cte (\$6.160.000), y se resolvieron los recursos de reposición, confirmando la decisión y el de apelación, disminuyendo la multa en cuatro millones cientos seis mil seiscientos sesenta y seis pesos (\$4.160.000), fueron expedidas o no con falsa motivación.

Sin embargo, para resolver con mayor precisión el anterior problema jurídico debe abordarse previamente los siguientes **problemas asociados**:

- i) ¿si a través de la nota retrospectiva realizada el día 4 de junio a las 2012 a las 9:42 pm en la que se consignaron las atenciones realizadas a la paciente en dicha fecha, se dio cumplimiento a los requisitos de secuencialidad y cronología?
- ii) Si hubo o no claridad en los registros sobre el manejo y suministros de los medicamentos endovenosos.
- iii) Si la sanción impuesta tuvo o no en cuenta circunstancias atenuantes o agravantes (criterios de dosificación)

3.5. Resolución del problema jurídico en el caso concreto: Exposición de razonamientos legales y doctrinarios estrictamente necesarios y análisis crítico de las pruebas obrantes en el plenario.

Para resolver la Sala abordará i) el marco jurídico que regula la potestad sancionatoria de la Secretaría Distrital de Salud, la prestación del servicio y el diligenciamiento de la historia clínica; ii) Motivación del acto administrativo y las pruebas que fundamentaron la sanción y si se tuvieron en cuenta los presupuestos de dosificación (circunstancias atenuantes y agravantes).

3.4.1. Marco jurídico establecido para la prestación del servicio de salud y la facultad sancionatoria de la Secretaría Distrital de Salud.

Sobre el marco jurídico en el cual se desarrolla la prestación del servicio de salud por parte de clínicas y hospitales, es necesario hacer referencia a la disposición fundamental contenida en el artículo 49 constitucional:

“Artículo 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control.

Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.

Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.” (Subrayado y negrilla fuera de texto)

En esa medida y en desarrollo de lo determinado por la Carta Política se emitió la Ley 100 de 1993 “*Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*”, normativa que otorgó facultades de inspección y vigilancia a las entidades territoriales a fin de garantizar el atacamiento de normas técnicas, científicas y administrativas, en el siguiente sentido:

“ARTÍCULO 176. DE LAS FUNCIONES DE LA DIRECCIÓN SECCIONAL, DISTRITAL Y MUNICIPAL DEL SISTEMA DE SALUD. Las Direcciones seccional, distrital y municipal de salud, además de las funciones previstas en las Leyes 10 de 1990 y 60 de 1993 tendrán las siguientes funciones:

1. *Preparar los estudios y propuestas que requiera el Consejo Territorial de Seguridad Social de Salud en el ejercicio de sus funciones.*
2. *Preparar para consideración del Consejo territorial de Seguridad Social en Salud los instrumentos y metodologías de focalización de los beneficiarios del régimen subsidiado en el área de su jurisdicción y orientar su puesta en marcha.*
3. *Administrar los recursos del subsidio para la población más pobre y vulnerable en los términos previstos en la presente ley, con los controles previstos en el numeral 7 del artículo 153.*
4. *La inspección y vigilancia de la aplicación de las normas técnicas, científicas, administrativas y financieras que expida el Ministerio de Salud<1>, sin perjuicio de las funciones de inspección y vigilancia atribuidas a las demás autoridades competentes.*
5. *Velar por el cumplimiento de las normas sobre pasivo prestacional de los trabajadores de la salud en su respectiva jurisdicción”. (negrilla y subrayado fuera de texto).*

Ahora bien, a fin de resolver el problema jurídico del *sub lite* es importante señalar que como parte integrante de la normatividad técnica del sector salud, se evidencian las Resoluciones Nos. 1043 de 2006 “*Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones*” , y 1999 de 1995 a través de la cual profirieron las disposiciones correspondientes al diligenciamiento, administración, conservación, custodia y confidencialidad de las historias clínicas.

A su turno, el Decreto 1011 de 2006, establece que, ante la inobservancia de las disposiciones emitidas para mantener el normal funcionamiento técnico, científico y administrativo del sector salud, los entes territoriales pueden adelantar los procedimientos administrativos correspondiente e imponer sanciones de amonestación, multas hasta de 10.000 salarios mínimos legales mensuales vigentes, decomiso de productos, suspensión del registro o la licencia y cierre temporal o definitivo del establecimiento de conformidad con lo previsto en el artículo 577 y siguientes de la Ley 09 de 1979, a atendiendo a las

circunstancias atenuantes y agravantes contempladas en los artículos 55 y 56 del Decreto 2240 de 1996, estructurando de esta manera el marco normativo de las conductas transgresoras (como un núcleo básico calificado como ilícito) y su consecuencia jurídica.

3.4.2. Análisis del cargo único: Falsa Motivación

La Fundación Abood Shaio considera que los actos administrativos sancionatorios fueron expedidos con falsa motivación pues a su juicio de las pruebas obrantes en el expediente administrativo puede concluirse que no se cometió ninguna infracción administrativa pues el servicio de salud prestado a la menor **Lineros Goubert** cumplió todos los criterios de calidad y en ese sentido su deceso no fue producto de las actividades desplegadas por la institución prestadora de servicio, aclarando que el suministro de medicamentos intravenosos fue claro y ordenado conforme la *lex artis*, y por ende los yerros que hubieran podido presentarse en el diligenciamiento de la historia clínica relacionados con la edad de la menor y la nota retrospectiva realizada el 4 de junio de 2012 a las 9:42pm no tuvo incidencia en el tratamiento brindado a aquella.

Previo a resolver el problema jurídico del *sub lite* es necesario precisar cuáles fueron los cargos imputados al demandante y las circunstancias de tiempo modo y lugar atribuidos a la infracción administrativa y si estos están relacionados con la prestación del servicio de salud (falla médica) como tal o por el manejo que se le dio a la Historia Clínica de la paciente, lo anterior, como quiera que en la demanda y la apelación de fallo utilizó argumentos relacionados con la buena praxis de los profesionales de la salud vinculados a la institución y el acatamiento de la literatura médica para el suministro de líquidos endovenosos, para sustentar el enjuiciamiento de los actos administrativos respecto de la omisión en la valoración probatoria.

Ahora, revisada la Resolución 769 del 17 de marzo de 2014 se evidencia que a la Fundación Abood Shaio se le imputaron dos cargos a saber:

- i) Presunta infracción a lo dispuesto en la Ley 100 de la Ley 100 de 1993, artículo 185 de la Ley 1438 de 2011, artículo 3 numeral 3.8; Decreto No. 1011 de 2006, artículo 3 numerales 3 y 5 en concordancia con lo señalado en la Resolución 1043 de 2006 (modificada por la Resolución 2680 de 2007, artículo 1 literal a) anexo técnico No 1 Estándar No. 5. Procesos Prioritarios Asistenciales, criterio 5.1, 5.2, 5.3, 5.14 TODOS LOS SERVICIOS.

Lo anterior, por cuanto en desarrollo de la atención en salud brindada en la Fundación Abood Shaio para la niña Lineros Goubert, el 4 de junio de 2012, fecha del deterioro de la paciente no se realizaron notas médicas durante el día sino hasta las 21:42 pm cuando se refiere a la nota retrospectiva por complejidad del servicio y el manejo de líquidos endovenosos realizado previo y posterior a su deterioro y a la formulación de los mismos cuya forma de aplicación no es clara en los registros clínicos anexos y dan lugar a errores en su interpretación.

- ii) Presunta infracción a lo dispuesto en la Resolución No. 1995 de 1999 artículo 3,4,11 y 12 en concordancia con lo dispuesto en la Resolución No. 1043 de 2006 Anexo Técnico No. 1 estández No. 6 historias Clínicas y registros asistenciales, código 6.2, toda vez que, durante la visita realizada el 13 de junio de 2012, se encontró que para los días 3 y 4 de junio de 2012 hubo un yerro en el registro hecho por los equipos médicos a cargo de la terapia respiratoria y enfermería

pues se consignaron edades diferentes correspondientes a 7, 10 y 11 años, lo que evidencia una discordancia entre los datos del ingreso administrativo y los de la historia clínica.

De la lectura anterior, se evidencia que la infracción que fue imputada al extremo actor tiene como fundamento fáctico las presuntas inconsistencias en el registro y diligenciamiento de la historia clínica, más no errores relacionados con mala praxis médica, tratamiento erróneo, demorado o contrario a la ley del arte, o la imputación de alguna responsabilidad a los profesionales de la salud por actos realizados con negligencia o impericia como lo interpreta el demandante, por lo tanto, la Sala coincide con lo planteado por el *a quo* en ese sentido.

Lo anterior, se sustenta de igual manera a través del acto administrativo que impuso la sanción y las resoluciones que resolvieron los recursos de reposición y apelación, respectivamente, toda vez que los motivos por los que se impuso la multa corresponden precisamente a la señalar que se incumplieron las disposiciones contenidas en la Ley 100 de la Ley 100 de 1993, artículo 185 de la Ley 1438 de 2011, artículo 3 numeral 3.8; Decreto No. 1011 de 2006, artículo 3 numerales 3 y 5 en concordancia con lo señalado en la Resolución 1043 de 2006 (modificada por la Resolución 2680 de 2007, artículo 1 literal a) anexo técnico No 1 Estándar No. 5. Procesos Prioritarios Asistenciales, criterio 5.1, 5.2, 5.3, 5.14 TODOS LOS SERVICIOS, Resolución No. 1995 de 1999 artículo 3,4,11 y 12 en concordancia con lo dispuesto en la Resolución No. 1043 de 2006 Anexo Técnico No. 1 estándar No. 6 historias Clínicas y registros asistenciales, código 6.2, toda vez que:

- Las órdenes médicas no son iguales a las notas médicas y que solo hasta las 21:42 se hizo la nota retrospectiva por complejidad del servicio.
- En los registros clínicos no se observa clara la forma de aplicación de los líquidos endovenosos de manera previa y posterior al deterioro de la menor.
- Hubo un error en la digitación de la edad del paciente, el cual reconocido por la Fundación.

Así las cosas, a fin de determinar si las Resoluciones Nos 1458 del 16 octubre de 2014, 031 de 2015 y 2198 del 10 de noviembre de 2015, por medio de las cuales se impuso una sanción correspondiente a seis millones ciento sesenta y mil pesos m/cte (\$6.160.000), y se resolvieron los recursos de reposición, confirmando la decisión y el de apelación, disminuyendo la multa en cuatro millones cientos seis mil seiscientos sesenta y seis pesos (\$4.160.000), fueron expedidas con falsa motivación no se deberá tener en cuenta los actos médicos propiamente dichos relacionados con el diagnóstico y el tratamiento dado a la paciente **Lineros Goubert** sino, únicamente lo referente al correcto el diligenciamiento de los registros y notas médicas en la historia clínica de la usuaria, razón por la que, los *argumentos de la omisión en la valoración probatoria se analizará también en ese sentido*.

Sobre el particular es necesario señalar que el derecho administrativo sancionatorio, hace parte del ejercicio del ius puniendi que ostenta el Estado y se materializa a través de la capacidad que este tiene de imponer sanciones administrativas con ocasión a las transgresiones del ordenamiento jurídico previamente tipificadas como infracción administrativa por una norma, y en ese sentido en su desarrollo deben respetarse los principios de legalidad y tipicidad, sin embargo, como quiera que este ámbito aún se encuentra en formación, las

construcciones del derecho penal si resultan útiles como punto de partida, pero su trasposición no es horizontal se deben matizar y deben adaptar a la praxis administrativa y especialmente responder a los intereses que las organizaciones administrativas gestionan.

En ese sentido se puntualiza que una infracción administrativa implica la trasgresión a un deber legal o reglamentario que vulnera determinados bienes jurídicos y que debe ser analizada por la Administración para determinar y sustentar qué tan grande o importante es la consecuencia o efecto que genera una conducta infractora, pues se trata del ejercicio de la potestad administrativa sancionatoria, que en todo caso no implica arbitrariedad, por el contrario, busca entre otras cosas garantizar la consecución de las funciones y competencias asignadas, de cumplimiento de las normas y de allí que pueda corregirse a los administrados, como instrumento o herramienta adicional del Estado, pero ponderando siempre tanto las garantías constitucionales y procedimentales de los destinatarios, como también el correcto ejercicio de las funciones administrativas.

Al respecto vale traer a colación esta consideración del Consejo de Estado:

“En efecto, las dos circunstancias mencionadas ubican a la sanción como un instrumento del denominado poder de policía administrativa, entendido éste, como la posibilidad que el ordenamiento jurídico reconoce a la autoridad administrativa de limitar derechos e intereses individuales para lograr la materialización de intereses y derechos colectivos. En otros términos, se trata de un cúmulo de competencias encaminadas al mantenimiento de las condiciones necesarias para la coexistencia pacífica de los ciudadanos, las cuales se enmarcan de tiempo atrás en el concepto de orden público, cuyo alcance y contenido no es pétreo toda vez que depende del momento histórico en el que se acometa la labor de su definición³.

Este concepto de orden público se vio ampliado notablemente con la instauración de un Estado social en el que a la Administración se le confió un papel protagónico, pues al ser la rama del poder público más cercana al ciudadano le correspondió el acometimiento de actividades materiales, prestacionales y de utilización de prerrogativas de poder para perseguir la materialización del principio de igualdad, tarea que de acuerdo a la nueva filosofía imperante se lograba sólo si el poder público asumía obligaciones de hacer y abandonaba su papel de simple gendarme en el que su interferencia sólo era posible de modo excepcional⁴.

Así, la primera justificante de la potestad sancionadora de la Administración fue sin lugar a dudas la práctica, originada en la fuerte presencia del Estado en la vida de los asociados a través del fenómeno intervencionista, pues la posibilidad de que el Estado actúe en diferentes frentes depende del reconocimiento de competencias coercitivas y correctivas⁵. La sanción entonces viene a constituir un complemento necesario de los reglamentos, permisos, autorizaciones y prohibiciones pues los sectores administrativos requieren no sólo de la existencia de micro ordenamientos jurídico-administrativos que los regulen de manera específica y que delimiten el halo competencial que corresponde a la administración, sino además de herramientas que

³ NIETO GARCÍA, Alejandro. “Algunas precisiones sobre el concepto de policía.” En: Revista de Administración Pública No. No. 81. Madrid, Centro de Estudios Políticos y Constitucionales. 1976 Pág. 35 y ss.

⁴ RINCÓN CÓRDOBA, Jorge Iván. Las Generaciones de Derechos Fundamentales y la Acción de la Administración Pública. Bogotá, Universidad Externado de Colombia. 2004.

⁵ OSSA ARBELÁEZ, Jaime. Derecho Administrativo Sancionador. Una Aproximación Dogmática. Bogotá, Legis. 2009. Pág. 122.

garanticen la eficacia de las normas y, en caso de ser necesario, reaccionar ante comportamientos que precisamente vulneran la legalidad que los rige⁶.

La ubicación de las sanciones administrativas como instrumento de policía administrativa respondía al interrogante del como asegurar el mantenimiento de la legalidad en cada sector administrativo, no obstante, sólo se restringía a un argumento de eficacia administrativa que dejaba de lado la posición en que se encontraba el ciudadano investigado. Esto ocasionó que la justificación teórica fuera incompleta, pues en un primer momento generó la ausencia de las garantías que en el ámbito penal y judicial tenían los ciudadanos y que en aquel momento en el que el debido proceso se implementara en toda actuación administrativa se acudiera a instituciones propias de procedimientos administrativos en los que se debatían derechos subjetivos de los administrados sin que la decisión final acarreara sanción, denotándose la ausencia de exigencias tales como la presunción de inocencia, la aplicación del principio de tipicidad, etc⁷. (...)

Al introducirse la potestad sancionadora de la administración junto con el derecho penal en un concepto único de ius puniendi, se debe aceptar que este supra concepto no pertenece a ninguna de las dos disciplinas mencionadas sino al derecho público por lo que es éste el que determina el alcance de la construcción jurídica, teórica y doctrinal que se haga en el derecho administrativo. Así las cosas, aun cuando los principios que se deben aplicar sean comunes ello no conlleva una aplicación inmediata y exacta de las teorías que han soportado la construcción del derecho penal desde los tiempos de Beccaria, cosa distinta es que sea inevitable, y como sostiene NIETO GARCÍA, incluso aconsejable acudir a la misma teniendo en cuenta que se trata de un trabajo consolidado por la experiencia, con un amplio desarrollo y con una evidente regulación encaminada a la protección de las derechos individuales de los ciudadanos, aspectos a los que han llegado de forma tardía aquellos que se han comenzado a preocupar por el poder sancionatorio de la autoridad administrativa⁸.

Así las cosas, el derecho administrativo sancionador es un derecho en formación, de forma tal que las construcciones del derecho penal resultan útiles como punto de partida, pero su trasposición no es horizontal se deben matizar y deben adaptar a la praxis administrativa y especialmente responder a los intereses que las organizaciones administrativas gestionan.

En otros términos, principios como la tipicidad, la antijuridicidad y la culpabilidad son propios del derecho público por lo que las elaboraciones que se utilizan del derecho penal deben ser relativizadas para responder a principios como la eficacia, celeridad, imparcialidad, publicidad y economía, consagrados en el artículo 209 de la constitución. Por consiguiente, en el ámbito administrativo la sanción no es un fin sino un instrumento adicional con el que se cuenta para la consecución de las competencias asignadas, de allí que el poder punitivo que le es confiado deba ser siempre el resultado de la ponderación de dos extremos: el respeto por las garantías sustanciales y procedimentales de los ciudadanos sobre los que la potestad recae y el que se constituya en una herramienta para el correcto ejercicio de las funciones; sin dicha ponderación no es posible explicar en el ámbito administrativo la facultad de imponer un castigo.”⁹

3.4.2.1 Nota retrospectiva consignada a las 21:42 pm

⁶ Esta relación entre potestad sancionadora y poder de policía administrativo ha sido puesta de presente en varias oportunidades por el juez constitucional. Cfr. Corte Constitucional. Sentencia C - 632 de 24 de agosto de 2011. M. P. Gabriel Eduardo Mendoza Martello.

⁷ Cfr. NIETO GARCÍA, Alejandro. Derecho Administrativo Sancionador. Madrid, Editorial Tecnos. 2008. Pág. 94.

⁸ NIETO GARCÍA, Alejandro. Derecho Administrativo... Ob. Cit. Pág. 161.

⁹ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, providencia del 22 de octubre de 2012, Exp. 05001-23-24-000-1996-00680-01(20738), C.P. Enrique Gil Botero.

El apelante considera que, contrario a lo analizado por el Juzgado Cuarenta y Cinco Administrativo del Circuito y la Secretaría Distrital de Salud no fueron demostrada las infracciones toda vez que la nota retrospectiva inscrita en la historia clínica el día 4 de junio de 2012 cumplió con los requisitos de cronología y secuencialidad, pues el médico tratante detalló de manera correcta los sucesos, valoraciones realizadas a la paciente incluyendo la fecha y la hora, demás fue necesario hacerlo a través de este mecanismo debido a la condición crítica de la paciente.

Al respecto, es necesario indicar en primera medida que de conformidad con el artículo 3 de la Resolución 1999 de 1995, son características básicas de la Historia Clínica:

ARTÍCULO 3.- CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA. *Las características básicas son:*

Integralidad: *La historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.*

Secuencialidad: *Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario.*

Racionalidad científica: *Para los efectos de la presente resolución, es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo.*

Disponibilidad: *Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley.*

Oportunidad: *Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.*

Posteriormente la misma normativa sobre la obligatoriedad del registro indica:

Artículo 4 *Los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen directamente en la atención a un usuario, tienen la obligación de registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas, conforme a las características señaladas en la presente resolución.*

De la lectura de la anterior normatividad, es claro que el documento en mención debe ser diligenciada por el profesional o técnico que haya brindado la atención al paciente de manera concomitante a este o una vez haya finalizado el procedimiento o la revisión, por lo que lo procedentes es entonces -*precisado el alcance de la infracción que fue imputada al demandante*-, verificar si la nota retrospectiva del 4 de junio de 2012 registrada en la historia clínica de la paciente Lineros Goubert, cumplen o no con esos requisito, a fin de concluir si la multa

impuesta fue impuesta adoleció o no de verdadera motivación.

En ese orden de ideas las pruebas obrantes logran acreditar lo siguiente:

- A folios 17 a 31 se evidencia las órdenes médicas y las notas médicas en la que constan los exámenes realizados a la menor, su interpretación, así como los medicamentos formulados durante el día 4 de junio de 2012.
- Empero, particularmente de dicha fecha solamente existen tres notas médicas ingresadas así:
 - i) 12:44:36 AM en la que se registra "paciente con acidemia metabólica severa con leve mejoría de hidratación con mezcla de insulina a un 0.8 UNI/K/H se continua en observación al deja glucometría de menor de 180MG";
 - ii) 9:22:43 PM que indica "paciente en pésimas condiciones críticas presentó paro cardio respiratorio, continua acidifica con alteración del RTMO, continua con trastorno hidroelectrolítico en corrección con edema cerebral con insulina en infusión continua dosis altas, requiere bolo adicional. Sin lograr control ni corrección metabólica. Se explica a los dos padres evento de para cardiaca, se explica manejo actual se explica alto riesgo de muerte. Paciente con mal pronóstico vital" y
 - iii) 9:42:43 UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS NOTA RETROSPECTIVA POR COMPLEJIDAD DEL SERVICIO 7 Años Diagnósticos:1. cetoacidosis diabética, 2. edema cerebral 3. Diabetes mellitus tipo I 4. Trastorno ácido base -acidosis metabólica severa 5. Vulvovaginitis.

8:8:30am: paciente en regular estado general, frecuencia cardíaca 77xmin frecuencia respiratoria 24xminTA 148/85TAM 105

Hemodinámico estable, sin soporte inotrópico. Pulsos centrales y distales adecuados. Llenado capilar menor de 2 segundos. Ruidos cardíacos ritímicos regulares. Ritmo sinusal Respiración espontánea, sin signos de dificultad respiratoria. Oxígeno suplementario por cánula nasal.

Abdomen blando depresible, no distendido.

Eritema en región vulvar. No secreción actual. Diuresis 7, 8cc/k/h. Glucometría 187mg/dl. Infusión de insulina 0,05U/k/h. Gases con acidosis metabólica severa. Luce deshidratada. Mucosas secas. Somnolienta, responde al llamado. Moviliza 4 extremidades. Refiere cefalea.

Paciente en condición crítica, debuta con cetoacidosis diabética, con signos de deshidratación, se administra bolo de cristaloide 100cc/kg administración lenta. Acidosis metabólica severa, se incrementa infusión de insulina a 0,1U/k/hora. Llama la atención somnolencia, tendencia a la hipertensión y cefalea, debe descartarse edema cerebral, por lo que se solicita TAC cerebral simple.

9 am Es trasladada a realización de TAC cerebral simple.

9:20am Presenta episodio de apnea, se inicia ventilación a presión positiva, pupilas de 3mm no reactivas, hiperventilación ante clínica de hipertensión endocraneana. Se realiza intubación endotraqueal bajo secuencia de intubación rápida, midazolam 0,1mg/kg, fentanilo 1mcg/kg, vecuronio 0,1mg/kg. Lidocaína 1mg/kg. Se realiza intubación orotraqueal con tubo No 6,0 con neumotaponador. Se verifica intubación, es adecuada, se fija en 18cm.

Presenta episodio de hipotensión, TA 50/43 se administra bolo de cristaloide 100cc/kg, con mejoría. Se realiza TAC cerebral simple con evidencia de edema cerebral severo. Se inicia protección cerebral.

10-11 am Paciente en condición crítica, tensiones arteriales en límite inferior, se considera paso catéter venoso central.

Evolución

Considera paso de catéter venoso central

Nota de procedimiento:

Previa asepsia y antisepsia se procede a paso de catéter venoso central, en Primera punción se logra acceso venoso subclavio derecho, se paga guía, catéter sobre guía deja catéter 4F 13cm. Procedimiento. Sin complicaciones. Se solicita Radiografía control.

Llamante edema cerebral, hipotensión, se considera manejo con solución salina hipertónica, se administran 10cc/kg. paciente con hipotensión, se considera inicio de noradrenalina se inicia a 0, 1MCG /K/min con lo que mejoran tensiones arteriales continua ventilación mecánica. Mantiene diuresis. Glucometría menores de 250mg/dl, se calculan líquidos endovenosos déficit de 10% corrección para 48horas, se dejan Líquidos endovenosos dextrosados. Se continúa infusión de insulina 0, 1U/ k/ h. Se realizará control gasimétrico y electrolítico. Se vigila diuresis. Continúa medidas de protección cerebral.

Pronóstico desfavorable. Se brinda información a los padres sobre estado clínico de la paciente, condición crítica y evolución y pronóstico desfavorable.

11–12m Hemodinámicamente estable, con soporte vasoactivo con noradrenalina a 0,1 cmcg/k/min, pulsos centrales y distales amplios. Llenado capilar inmediato. Acoplada con la ventilación mecánica, Expansión torácica simétrica. Adecuada entrada de aire bilateral. Pupilas 2mm reactivas lentas. bajo medidas de protección cerebral.

Radiografía tórax control no consolidaciones no derrames. No fugas de aire. Punta Catéter venoso central en posición. Punta tubo orotraqueal en posición.

1 pm Permanece hemodinámicamente estable, continuo soporte vasoactivo. Ventilación mecánica dinámica. Sin enteral, pintas en concho de café, se dejó manejo con omeprazol. Abdomen blando, depresible, no distendido. Mantiene diuresis.

2 pm Presenta episodio de bradicardia, pupilas 4mm no reactivas, se realiza Ventilación a presión positiva dando hiperventilación, mejora frecuencia cardiaca. Pupilas 4mm no reactivas. Con clínica de hipertensión endocraneana, se administra solución Salina hipertónica, requirió incrementos de noradrenalina a 0, 15mcg/k/min para mantener la hemodinamia. Gases con evidencia de acidosis metabólica severa anion gap elevado, dif alto, hipernatremia, ha recibido en el día 2 dosis de solución salina al 3%. Se incrementa infusión de insulina a 0, 15U/k/h. Lactato normal.

Poliúrica, diuresis 9cc/k/h. Se deja reposición de orina con solución al medio de lo que supere 4cc/k/h.

Continúa medidas de protección cerebral.

3-6pm Difícil mantener hemodinamia, requiere incrementos de noradrenalina a 0,5mcg/k/h. TAS 72–pulsos centrales y distales amplios. Llenado capilar inmediato. Ritmo sinusal. Ruidos cardiacos rítmicos regulares. Acoplada con la Ventilación mecánica, Expansión torácica simétrica. Adecuada entrada de aire bilateral. No sobreagregados. Abdomen blando, depresible. Drenaje escaso por sonda gástrica bilioso en concho de café. Diuresis 10, 5cc/k/h, poliúrica en reposición de lo superado por poliuria. Acidosis.

Evolución:

Metabólica severa sin respuesta a manejo. Anion gap elevado (23,53), dit alto (32,43) cl/Na 0,817 hiperclorémia. Lactato normal. Glucometría s 180–220-242-239, se han mantenido líquidos endovenosos dextrosados, vigilancia glucométrica. • Se continúa infusión de insulina. Hipokalemia, potasio 2,4 , sin manifestaciones electrocardiográficas, se administra bolo de corrección de potasio, se incrementa aporte de potasio en líquidos endovenosos, se continúaran bolos de corrección. Se solicitó uroanálisis: pH 5,0 DIO 10 leucocitos escasos sin nitritosBajo sedoanalgesia. Pupilas 3mn no reactivas. Continúa medidas de protección cerebral.

PLAN DE MANEJO

Se realizó TAC cerebral

Requirió paso de catéter venoso central

Inicio de noradrenalina 0, 1mcg/k/min con incrementos hasta 0, 5mcg/k/min en la tarde Corrección de hipokalemia

Reposición de lo que supere 4cc/k/h con solución salina al medio Medidas de protección cerebral

ANALISIS PARA EPICRISIS

XXXXX, en condición crítica, debutando. con cetoacidosis diabética, presenta en la mañana signos de edema cerebral por lo que se considera realización de TAC cerebral simple. Presenta signos de hipertensión endocraneana 9;20am, episodio de apnea, se inicia ventilación a presión positiva, se realiza intubación orotraqueal previa secuencia de intubación rápida, hiperventilación. TAC cerebral simple con evidencia de edema cerebral severo, Se inicia protección cerebral. Condición crítica, acidosis severa, se coloca catéter venoso central, sin complicaciones. Requiere inicio de noradrenalina para mantener hemodinamia. Ante edema cerebral, se administró dosis de solución salina hipertónica. 2pm presenta episodio de bradicardia, dilatación pupilar, se realiza hiperventilación, se administra bolo de solución salina hipertónica.

Hipotensión, requiere incrementos de noradrenalina. Poliúrica se deja reposición de lo superado por poliuria. Acidosis metabólica severa se incrementa infusión de insulina. Hipocalcemia, sin manifestaciones electrocardiográficas, se inicia corrección de potasio. Se continúan medidas de protección cerebral. Nuevamente con inestabilidad hemodinámica. se incrementa noradrenalina hasta 0, 5mcg/k/min para mantener hemodinamia. Continúa corrección de potasio. Se mantienen medidas de protección cerebral.

DIAGNÓSTICO:

G936 - EDEMA CEREBRAL

CONDUCTA A SEGUIR:

Continua en UCI Pediatría

INTERPRETACION DE EXAMENES

879111-TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE

*Interpretación: Edema cerebral severo

871121-RADIOGRAPIA DE TORAX (P,h.o A. P. Y LATERAL, DECUBITO LATERAL, OBLICUAS

Interpretación: Examen bajo parámetros normales

903839 - Gases Arteriales (En reposo o en ejercicio)

• Interpretación: acidosis metabólica severa

903839 - Gases Arteriales (En reposo o en ejercicio)

- Interpretación: acidosis metabólica severa
903864- Sodio
Interpretación: hipertemia
903859-POTASIO
 - Interpretación: potasio 2,4 hipokalemia
903813-CLORO (CLORURO)
 - Interpretación: hiperclorémia
903859-POTASIO
 - Interpretación: hipokalemia
903864- Sodio
 - Interpretación: hiperclorémia
903810-CALCIO POR COLORMETRIA
- Interpretación: Examen bajo parámetros normales
903839-GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)
 - Interpretación: ácidos metabólica severa
907107 - UROANÁLISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA

Interpretación: Examen bajo parámetros Normales.

Cordialmente,

Dr. Valencia Benavidez Maribel-REM: 0000067002370
PEDIATRA

\

Así las cosas, queda acreditado que contrario a lo señalado por el extremo actor, le asiste la razón a la entidad demandada y al a quo, pues el día 4 de junio de 2012 la historia clínica de la menor no fue diligenciada bajo el parámetro de secuencialidad, pues, las actuaciones médicas realizadas desde las 8 am las 6 pm, fueron registradas hasta las 9:42:43 pm con posterioridad a las ejecutadas a las 9:22:43 pm, lo que significa que el documento no se realizó conforme a lo exigido en artículo 3 de la Resolución 1999 de 1995, que indica específicamente que las anotaciones en el escrito deben realizarse en el orden cronológico en que los procedimientos del paciente son realizados, sin embargo en el *sub lite*, se advierte un claro incumplimiento a este requisito como quiera que tanto los exámenes, como sus interpretaciones, los eventos de crisis de niña **Lineros Goubert** y sus evoluciones fueron registrados de forma desordenada si se tiene en cuenta que primero se relató los procedimientos y las conclusiones a la que se llegó en horas de la noche y luego sí lo ocurrido en horas de la mañana y la tarde.

Sea del caso también resaltar que finalmente este tipo de infracciones existe, pues esta información y la forma en la que está consignada se convierte en el medio más idóneo para que tanto galenos como instituciones demuestren que el servicio fue adecuado, diligente y en tiempo.

Ahora en lo referente al requisito de oportunidad, si bien la institución Abood Shaio refiere que la nota retrospectiva realizada a las 9:42:43 pm en la que se consignaron los procedimientos realizados desde las 8am a 6pm obedeció a que se priorizó la atención de la paciente sobre los trámites administrativos, por lo que no pudo realizar las anotaciones de forma simultánea o inmediatamente después que ocurrió la prestación del servicio. Es menester aclarar que, de las notas antes transcritas, también puede concluirse que no es admisible la circunstancia propuesta por el demandante, pues la menor, no estuvo las 10 horas en crisis, es más, de las 11:am a 1:pm, el mismo médico tratante indica que se encontraba estable, momentos en los cuales pudo haber consignado las actividades y procedimientos realizados en las horas de la mañana. Adicional a ello, transcurrió un término de aproximadamente 3 horas, entre la evolución, el plan de manejo y análisis para epicrisis referida se hizo a las 6 pm y los estudios, plan de manejo y

diagnóstico de la noche a las 9:22:43, sin que en este lapso el médico tratante de la menor Lineros Goubert, hubiese consignado en la historia clínica las actividades realizadas en el periodo antes anotado, para así cumplir con lo ordenado en el artículo 3 *ibidem*.

En ese orden de ideas, no es cierto que la nota retrospectiva hubiese obedecido al mejor bienestar de la paciente, pues se demostró que la galeno contó con tiempo entre procedimiento y procedimiento para las anotaciones de forma simultánea o inmediatamente después que ocurrió la prestación del servicio, contando para ello, con aproximadamente con un periodo de dos a tres para tales efectos, acreditándose la infracción administrativa en ese sentido, sin que las manifestaciones exculpatorias esbozadas por la institución prestadora de salud sirvan para controvertir el cargo enervado por la Secretaría de Salud, lo que también evidenciaría entonces que, la anotación de “complejidad del servicio”, haría entonces referencia a la falta de personal sanitario para la atención de todos los pacientes que requerían atención de la institución clínica.

3.4.2.2 Registros clínicos referentes a la aplicación de los líquidos endovenosos de manera previa y posterior al deterioro de la menor

En un segundo término, en lo referente a los líquidos endovenosos aplicados a la paciente, se advierte que *a quo* fincó la improcedencia del cargo de falsa motivación en ese aspecto, en que, del análisis de los antecedentes administrativos, solamente se evidenciaron nueve (9) prescripciones manuscritas a pesar de que existían cuarenta y cuatro (44) órdenes que hacían referencia a medicamentos que debían aplicarse vía intravenosa, por ende no se desvirtuó el cargo imputado por parte de la Secretaría de Salud.

Lo anterior como quiera que la infracción cometida estaba relacionada con la claridad y racionalidad científica como características de la historia clínica, sin embargo, el demandante a través de sus argumentos y testimonios, lo que pretendió demostrar fue el adecuado manejo de los medicamentos, cuando no había lugar a ello, sino lo que correspondía para acreditar para que se declarara la falsa motivación en este aspecto, era probar que las anotaciones que se hizo respecto del suministro de los medicamentos si fueron diáfanas, oportunas, reales etc., sin embargo, tal actividad no fue desplegada por la demandante.

De la lectura del escrito de apelación también se advierte que se incurre nuevamente en tal yerro, pues el extremo actor insiste en que los medicamentos aplicados fueron oportunos y adecuados, pues no se presentaron periodos de ausencia, además para su prescripción se tuvo en cuenta, el peso, la edad y la talla de la paciente, así como el grado de deshidratación y sobre el diligenciamiento de la historia clínica únicamente refiere que este fue claro en atención a lo constatado en las notas médicas y de enfermería, además que el concepto rendido por la doctora Angélica Ramírez Pedreros había sido basado únicamente en suposiciones, sin que acreditara que en efecto se había cumplido con este requisito.

En atención a la argumentación tanto de la institución prestadora como la del juzgador es necesario entonces revisar la audiencia de pruebas celebrada el 11 de julio de 2017 en la que rindió testimonio técnico la doctora Rosa Angélica Ramírez Pedreros quien realizó el concepto en el cual se fundamentó el acto administrativo que imputó los cargos, diligencia en la que se precisó que este no tenía como objeto analizar el manejo de líquidos endovenosos, sino la forma en la que se registró su formulación. Sobre el particular, refirió que teniendo en cuenta el

contenido de las órdenes médicas sistematizadas que reposaban en la historia clínica, aquellas podían interpretarse de diversas maneras toda vez que:

“(...) la sistematización cuando se registraba aparentemente ante la formulación de los electrólitos se le daba una nueva formulación de líquidos endovenosos entonces por ejemplo uno llega y manejar destroza en agua destilada 500 cc más natrol más catrol aplicar a tanto cc por hora. si? Pero entonces pareciera que cuando se tiene que formular catrol toca colocar 500 cc catrol más natrol tanto por hora, cuando se formula natrol exactamente lo mismo, cuando se formula la cloruro magnesio exactamente lo mismo, entonces aparentemente pudiera creerse que se están formulando distintos líquidos a la vez, sin embargo yo insisto eso puede ser una falla o una configuración como tal del sistema que si los profesionales que están interpretando las órdenes médicas o en el momento en que se visualiza en pantalla es diferente pues entonces no tendría lugar a interpretaciones, sin embargo como uno es un personal externo sólo se basa en lo que está consignada y si yo me baso en lo que está consignado puede darse lugar a interpretaciones la idea de minimizar el riesgo es que no haya lugar a interpretaciones que la orden sea tan clara que nadie puede interpretar de una forma diferente en lo que hay que aplicar en su momento al paciente” (Minuto 23:08)

(...) yo no estoy diciendo que el médico haya cometido errores en su formulación, sino que el registro de la orden en la historia clínica puede prestarse a interpretaciones por el distinto personal, en este caso sería por el personal de enfermería y por eso aclararé que eso dependía del grado de experticia que tuviera el profesional de enfermería en el desempeño de sus labores en el área en este caso en la unidad de cuidado intensivo, porque, la impresión de la orden médica se puede prestar a interpretaciones, sin embargo si no es impreso y allá la clínica tiene una forma en que se leen en el computador y la enfermera no va a tener lugar pues a equivocaciones ni a interpretar eso estaría muy bien, pero en lo que fue evaluado en el soporte impreso que me allegaron conforme pues a la historia clínica si se presta lugar a interpretaciones, yo no estoy hablando ni mucho menos, de si estuvo adecuado o no la formulación de los líquidos sino de la interpretación escrita que puede darse por la forma en que registra o la forma en que consigna el sistema. (Minuto 38:11)

(...) el sistema te está pidiendo formular electrólito por electrolito, y al final cuando tu formulas cada electrolito, le estas formulando nuevamente los líquidos, es decir tengo órdenes de potasio en la mezcla de destroza en agua destilada 70 cc por hora, luego sodio en la mezcla de destroza aplique a 70 cc por hora, tu podrías llegar a interpretar que son otros 70 cc por hora, que continúes a 500 ml cada dos horas, tu podrías llegar a interpretar eso, (...)el error de interpretación que se podría llegar a presentar es que en vez de ponerle 70cc por hora que requería el paciente, le aplicaste 200 cc por hora si? Por los electrolitos que te estoy contando y si efectivamente el edema cerebral puede posiblemente relacionarse por el manejo de los líquidos” (Minuto 41:58)

De la transcripción anterior puede darse la razón a la demandante respecto a las presunciones referidas por la profesional señalada, sin embargo, también es cierto que estos se refirieron a los posibles efectos que el mal conteo de líquidos pudieran ocasionar, o la existencia de un modelo paralelo al de la historia clínica sistematizada en que se aclarara las prescripciones de los líquidos endovenosos y su forma de aplicación, más no en la claridad de los documentos analizados y las interpretaciones que con respecto a ellos se pudieran dar, por lo que no puede darse crédito a lo argumentado por el recurrente.

Adicional a ello, si se revisan las nueve órdenes médicas del día 4 de junio de 2012 que contienen las prescripciones de los medicamentos (12:55:44am;

1:12:37am;1:30:19am;6:23:41am;6:30:13am;12:02:42pm;2:27:21pm;4:17:04pm y 5:18:43pm), contrario a lo manifestado por la Clínica Shaio se tiene que estas no fueron acompañadas de las órdenes de enfermería pues solamente existen tres de estas realizadas en los horarios 12:02:42 pm, 4:17:04 pm y 5:18 pm en lo que si se explica la forma específica en que estos se debían aplicar tal y como se observa a continuación:

- 2012/06/04 12:55:44 AM SOLICITUD DE ORDENES MÉDICAS MEDICAMENTOS
(...)

2) SOLUCIÓN SALINA BALANCEADA 500.000 Centímetro(s) Cúbico (s) CADA 1.0 Infusión Continua Intravenosa. SSN 500 CC MAS KATROL 5 CC PARA REPONER EN 50% DE LA POLIURIA POR ENCIMA DE 90 CC HORA

4) POTASIO CLORURO 20HEQ/ 10ML SLN INY 5.00 Centímetro(s) Cubico(s) CADA 1.0. Infusión continua Intravenosa. SOLUCION SALINA 500 CC MÁS KATROL 5 CC PASAR PARA COLOCAR 50 % DE LA POLIURIA POR ENCINA DE 90 CC/ HORA PARA INFUSION CONTINUA

5) LACTATO DE RING BOL*500ML 500.000 Mililitros CADA 2.0 Horas Intravenosa. LACTATO DE RINGER 500 CC MAS KATROL 5 CC PARA REPONER EN 50 DE LA POLIURIA POR Encima de 90 CC HORA.

- 2012/06/04 1:12:37 AM SOLICITUD DE ORDENES MÉDICAS MEDICAMENTOS

2) SOLUCIÓN SALINA BALANCEADA 500.000 Centímetro(s) Cúbico (s) CADA 1.0 Infusión Continua Intravenosa. SSN 500 CC MAS KATROL 5 CC PARA REPONER EN 50% DE LA POLIURIA POR ENCIMA DE 90 CC HORA

4) POTASIO CLORURO 20HEQ/ 10ML SLN INY 5.00 Centímetro(s) Cubico(s) CADA 1.0. Infusión continua Intravenosa. SOLUCION SALINA 500 CC MÁS KATROL 5 CC PASAR PARA COLOCAR 50 % DE LA POLIURIA POR ENCINA DE 90 CC/ HORA PARA INFUSION CONTINUA

5) LACTATO DE RING BOL*500ML 500.000 Mililitros CADA 2.0 Horas Intravenosa. LACTATO DE RINGER 500 CC HAS KATROL 5 CC PARA REPONER EN 50 DE LA POLIURIA POR Encima de 90 CC HORA.

- 2012/06/04 1:30:37 AM SOLICITUD DE ORDENES MÉDICAS MEDICAMENTOS

2) SOLUCIÓN SALINA BALANCEADA 500.000 Centímetro(s) Cúbico (s) CADA 1.0 Infusión Continua Intravenosa. SSN 500 CC MAS KATROL 5 CC PARA REPONER EN 50% DE LA POLIURIA POR ENCIMA DE 90 CC HORA

4) POTASIO CLORURO 20HEQ/ 10ML SLN INY 5.00 Centímetro(s) Cubico(s) CADA 1.0. Infusión continua Intravenosa. SOLUCION SALINA 500 CC MÁS KATROL 5 CC PASAR PARA COLOCAR 50 % DE LA POLIURIA POR ENCINA DE 90 CC/ HORA PARA INFUSION CONTINUA

5) LACTATO DE RING BOL*500ML 500.000 Mililitros CADA 2.0 Horas Intravenosa. LACTATO DE RINGER 500 CC HAS KATROL 5 CC PARA REPONER EN 50 DE LA POLIURIA POR Encima de 90 CC HORA.

- 2012/06/04 6:23:41 AM SOLICITUD DE ORDENES MÉDICAS MEDICAMENTOS

2) SOLUCIÓN SALINA BALANCEADA 500.000 Centímetro(s) Cúbico (s) CADA 1.0 Infusión Continua Intravenosa. SSN 500 CC MAS KATROL 5 CC PARA REPONER EN 50% DE LA POLIURIA POR ENCIMA DE 90 CC HORA

5) POTASIO CLORURO 20HEQ/ 10ML SLN INY 5.00 Centímetro(s) Cubico(s) CADA 1.0. Infusión continua Intravenosa. SOLUCION SALINA 500 CC MÁS KATROL 5 CC PASAR PARA COLOCAR 50 % DE LA POLIURIA POR ENCINA DE 90 CC/ HORA PARA INFUSION CONTINUA

7) LACTATO DE RING BOL*500ML 500.000 Mililitros CADA 2.0 Horas Intravenosa. LACTATO DE RINGER 500 CC HAS KATROL 5 CC PARA REPONER EN 50 DE LA POLIURIA POR Encima de 90 CC HORA.

8) DEXTROSA EN A.D. 5% BOLSA*50ML 45.00 Centímetro (s) Cúbico (s) cada 1.0 infusión continua intravenosa. DAD% 500 CC MAS NATROL 20 CC MAS KATROL 5 CC PASAR A45 C CHORA.

- 2012/06/04 6:30:41 AM SOLICITUD DE ORDENES MÉDICAS MEDICAMENTOS

2) SOLUCIÓN SALINA BALANCEADA 500.000 Centímetro(s) Cúbico (s) CADA 1.0 Infusión Continua Intravenosa. SSN 500 CC MAS KATROL 5 CC PARA REPONER EN 50% DE LA POLIURIA POR ENCIMA DE 90 CC HORA

5) POTASIO CLORURO 20HEQ/ 10ML SLN INY 5.00 Centímetro(s) Cubico(s) CADA 1.0. Infusión continua Intravenosa. SOLUCION SALINA 500 CC MÁS KATROL 5 CC PASAR PARA COLOCAR 50 % DE LA POLIURIA POR ENCINA DE 90 CC/ HORA PARA INFUSION CONTINUA

6) SODIO CLORURO 20mEq / 10ML SLN INY 20.00 Centímetro(s) Cubico(s) CADA 12 Hora (s) Intravenosa. DAD 5% 500CC MAS NATROL 20 CC MAS KATROL 5 CC PASAR A45 C HORA.

7) LACTATO DE RING BOL*500ML 500.000 Mililitros CADA 2.0 Horas Intravenosa. LACTATO DE RINGER 500 CC HAS KATROL 5 CC PARA REPONER EN 50 DE LA POLIURIA POR Encima de 90 CC HORA.

8) DEXTROSA EN A.D. 5% BOLSA*50ML 45.00 Centímetro (s) Cúbico (s) cada 1.0 infusión continua intravenosa. DAD% 500 CC MAS NATROL 20 CC MAS KATROL 5 CC PASAR A45 C HORA.

- 2012/06/04 12:02:42 PM SOLICITUD DE ORDENES MÉDICAS MEDICAMENTOS

7) SODIO CLORURO 20mEq / 10ML SLN INY 70.00 Centímetro(s) Cubico(s) CADA 1 Hora (s) Intravenosa. DAD 5% 500CC MAS NATROL 20 CC MAS KATROL 5 CC PASAR A 70 CC HORA.

10) DEXTROSA EN A.D. 5% BOLSA*50ML 45.00 Centímetro (s) Cúbico (s) cada 1.0 infusión continua intravenosa. DAD% 500 CC MAS NATROL 20 CC MAS KATROL 5 CC PASAR A45 C HORA.

ORDENES A ENFERMERÍA

4. SS3% administrar 150 cc en 30 minutos
5. Lactato de ringer bolo 150 cc en 30 minutos No. 2 (ya administrados)
7. Fentanilo 0,1 mcg/k/min
9. Lev DAD 5% 500 cc + cloruro sodio 20cc+cloruro potasio 5 cc intravenoso a 70 cc/h

- 2012/06/04 2:27:21 PM SOLICITUD DE ORDENES MÉDICAS MEDICAMENTOS

7) LACTATO DE RING BOL*500ML 500.000 Mililitros CADA 2.0 Horas Intravenosa.
LACTATO DE RINGER 500 CC HAS KATROL 5 CC PARA REPONER EN 50 DE LA POLIURIA
POR Encima de 90 CC HORA.

8) DEXTROSA EN A.D. 5% BOLSA*50ML 45.00 Centímetro (s) Cúbico (s) cada 1.0 infusión continua intravenosa. DAD% 500 CC MAS NATROL 20 CC MAS KATROL 5 CC PASAR A45 C HORA.

- 2012/06/04 4:17:04 PM SOLICITUD DE ORDENES MÉDICAS
MEDICAMENTOS

5) NOREPINEFRINA (NORADRENALINA) 4MG/4ML SLN INY 0.50MCG/K/M CADA 1.0 HORA (S) INTRAVENOSA

6) FENTANILO CITRATO 0,05 MG/ML SLN INY AMP+10ML 0.10MCG/K/M CADA 1.0 HORA (S) INTRAVENOSA. 0,1 MCG/K/MIN

8) SODIO CLORURO 20mEq / 10ML SLN INY 70.00 Centímetro(s) Cubico(s) CADA 1 Hora (s) Intravenosa. DAD 5% 500CC MAS NATROL 20 CC MAS KATROL 5 CC PASAR A 70 CC HORA.

11) DEXTROSA EN A.D. 5% BOLSA*50ML 45.00 Centímetro (s) Cúbico (s) cada 1.0 infusión continua intravenosa. DAD% 500 CC MAS NATROL 20 CC MAS KATROL 5 CC PASAR A45 C HORA.

ORDENES A ENFERMERÍA

4. Noradrenalina 0,5 mcg/k/min titulable para mantener tensión arterial

5. Fentanilo 0,1 mcg/k/min

9. Lev DAD 5% 500 cc + cloruro sodio 20cc+cloruro potasio 5 cc intravenoso a 70 cc/h

- 2012/06/04 5:18:43PM SOLICITUD DE ORDENES MÉDICAS
MEDICAMENTOS

1. INSULINA ZINC CRISTALINA 100U.I./ML SEN INY

Infusión continua Intravenosa. INSULINA 0.10 MCG/R/M CRITALINA CADA 0,15U/K/H 1.0 Rora(sy (5U/HORA)Intravenosa.

2. MIDAZOLAM 5MG/5ML SEN INY 0.1 MCG CADA 1.0 Hora(s) intravenosa 0,1 MCG/K/MIN

3. SODIO CLORURO 3% (SEN SALINA HIPERTONICA) SLN INY BOLSA*500M 150.00 Centímetros Cúbicos CADA 1.0 Dosis Única Intravenosa. DOSIS ÚNICA EN 30MINUTOS (YA)

4. OMEPRAZOL 40MG POLVO PARA INY 20.00 Miligramo(s) CADA 12 hora(s) Intravenosa.

5. NOREPINEFRINA (NORADRENALINA) 4MG/4HL SEN INY 0.50 MCG/K/M CADA 1.0 Hora(s) Intravenosa.

6. FENTANILO CITRATO 0,05MG/ML SLN INY AMP 10ML 0.10 MCG/K/M CADA 1.0 hora(S) Intravenosa. 0,1 MCG/K/MIN

7. CLOTRIMAZOL 1% CREMA VAG TUBO 100G 1.00 Mililitros CADA 8.0 Hora(s) Tópico.

8. SODIO CLORURO 20mEq/10ML SEN INY 70.00 Centímetro(s) Cubico(S) CADA 1.0 hora(s)

Intravenosa. DAD5% 500CC MAS NATROL 20 CC MAS RATROL 5 CC PASAR A 70CC CHORA

9. LIDOCAINA 2% C.E.SLN INY FCO*50ML, 30.00 Miligramo(s) CADA 6.0 Hora(s) Intravenosa. PREVIA A ASPIRACION DE SECRECIONES

10. MANITOL 20% SLN INY BOLSA *50ML 20.00 Gramo(s) CADA 1.0 Dosis Única Intravenosa.

11. DEXTROSA EN A. D. BOLSA*500ML 45.00 Centímetro(s) Cubico(s) CADA 1.0 continua Intravenosa. DAD5% MAS NATROL 20 CC MAS KATROL 10 CC PASAR A 45 CCB

HORA.

Órdenes Médicas

1. NVO
2. CSV
3. Ventilación mecánica dinámica
4. Noradrenalina 0,5mcg/k/min titulable para mantener tensión arterial
5. Fentanilo 0,1 mcg/k/min
6. Lidocaína 30mg previa aspiración
7. Midazolam 0,1 mg/k/h
8. LEV DAD 5% 500cc+cloruro sodio 20cc+cloruro potasio 10cc intravenoso a 70cc/h
9. Mantener TAM mayor 70 mmhg
10. Reponer cada hora lo que supere 140cc de lo eliminado por diuresis. Realizar reposición con SS 0,45.
11. Insulina cristalina infusión a 1,15U/K/H
12. Cloruro potasio 10cc intravenosos cada 6horas, administrar en 1 hora
13. Control horario de gases arteriales+ sodio+potasio+clorito+glicemia

Así las cosas, como quiera que el apoderado judicial del demandante tanto el libelo como el escrito de apelación se limitó a controvertir este cargo, indicando que la prescripción de los medicamentos obedeció a la *lex artis* y que por ende la muerte de la paciente no era imputable a los profesionales de la salud encargados de la atención al paciente no logró desvirtuar lo dicho por la Secretaría de Salud, pues ni siquiera controvirtió lo relacionado con los problemas de interpretación que se podían generar por la forma en que se prescribieron los fármacos, en especial lo referente a los electrólitos y los líquidos endovenosos.

En ese orden de ideas, como quiera que la Clínica Shaio no desvirtuó la imputación realizada en cuanto a la falta de claridad en el diligenciamiento de la historia clínica en relación con los líquidos prescritos por el médico tratante, pues no hizo si quiera referencia a la razón de la disparidad entre las órdenes médicas y las órdenes de enfermería, no hay lugar a declarar la falsa motivación en razón a este aspecto.

3.4.2.3 Circunstancias atenuantes y agravantes de la sanción

En este último punto, es necesario indicar que el juez de primera instancia a pesar de haber fijado dentro del litigio lo correspondiente a los criterios definidos por la ley para la tasación de la multa, este se abstuvo de hacer un pronunciamiento, pues a su juicio, al no haber esbozado pretensiones relativas a la disminución del dinero a pagar por concepto de sanción, no había lugar a considerar dichos argumentos.

No obstante, lo anterior, el recurrente no se opuso a lo esbozado por el *a quo*, y en su escrito se limitó a indicar que el acto administrativo no tuvo en cuenta al valorar las pruebas las circunstancias atenuantes y agravantes al momento de calcular la suma que como multa iba a imponerse.

En ese orden de ideas, lo primero que debe aclararse es que el artículo 50 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, taxativamente establecer los criterios para definir el rigor de las sanciones, indicando que, salvo las leyes especiales, debe tenerse en cuenta: i) el daño o peligro generado a los intereses jurídicos tutelados; ii) beneficio económico obtenido por el infractor para sí o a favor de un tercero, iii) reincidencia en la comisión de la infracción; iv) resistencia, negativa u obstrucción a la acción

investigadora o de supervisión; v) utilización de medios fraudulentos o utilización de persona interpuesta para ocultar la infracción u ocultar sus efectos; vi) grado de prudencia y diligencia con que se hayan atendido los deberes o se hayan aplicado las normas legales pertinentes, vii) Renuencia o desacato en el cumplimiento de las órdenes impartidas por la autoridad competente y viii) reconocimiento o aceptación expresa de la infracción antes del decreto de pruebas.

No obstante, la Ley 1011 de 2016 estableció que las Entidades Territoriales de Salud, debían adelantar los procedimientos y aplicar las sanciones de acuerdo con lo previsto en el artículo 577 y siguientes de la Ley 09 de 1979, cuerpo normativo, que especificó que para determinar si había lugar a una multa, a una amonestación, decomiso de productos, suspensión o cancelación del registro o de la licencia o el cierre temporal o definitivo del establecimiento, edificación o servicio respectivo, debía tenerse en cuenta la gravedad del hecho.

A su turno, y en particular respecto al tema que fue objeto de impugnación por parte de recurrente, los artículos 55 y 56 del Decreto 2240 de 1996 establecen como circunstancias agravantes y atenuantes las siguientes:

ARTICULO 55. CIRCUNSTANCIAS AGRAVANTES. Se consideran circunstancias agravantes de una infracción, las siguientes: a) Reincidir en la comisión de la misma falta b) Realizar el hecho con pleno conocimiento de sus efectos dañosos o con la complicidad de subalternos o su participación bajo indebida presión. c) Cometer la falta para ocultar otra d) No admitir la responsabilidad o atribuírsela a otro u otros. e) Infringir varias obligaciones con la misma conducta f) Preparar premeditadamente la infracción y sus modalidades

ARTICULO 56. CIRCUNSTANCIAS ATENUANTES. Se consideran circunstancias atenuantes de una infracción, las siguientes: a) Los buenos antecedentes o conducta anterior b) La ignorancia invencible c) El confesar la falta voluntariamente antes de que se produzca daño a la salud individual o colectiva d) Procurar por iniciativa propia resarcir el daño o compensar el perjuicio causado, antes de la ocurrencia de la sanción.

Revisado el acto que impuso la sanción, así como aquellos que resolvieron los recursos se observa que, si fueron analizados estos elementos, se evidencia que la administración si analizó tales circunstancias y en efecto, indicó que en el caso en mención “no había circunstancias de atenuantes o agravantes” que aplicar para imponer la multa (Fls 109 y 98 del Cuaderno Uno), razón por la cual se impuso una suma más cercana al mínimo que al máximo (diez mil salarios diarios mínimos legales), si tiene en cuenta que la multa ascendió a **cuatro millones ciento seis mil seiscientos sesenta y seis pesos (\$4.106.666)**.

Adicional a ello, la institución prestadora no explicita, acredita o prueba que en transcurso de la actuación administrativa existieron buenos antecedentes en una conducta anterior, o que se presentó una ignorancia invencible, la confesión de la falta o que hubiera procurado resarcir el perjuicio causado, por lo que deba reducirse la multa, pues el extremo actor simplemente hace una afirmación indefinida sobre su inconformidad indicando que la Secretaría de Salud no tuvo en cuenta los atenuantes presentados.

En suma, la Sala considera que la sanción impuesta no carece de fundamentación en el análisis de los criterios atenuantes y agravantes de la conducta, por cuanto aquella fue atribuida teniendo en cuenta la conducta infractora, pues se comprobaron los errores en el diligenciamiento de la historia clínica relacionados

con los criterios de secuencialidad y oportunidad, en lo que tiene que ver con la nota retrospectiva del 4 de junio de 2012 y claridad y racionalidad de científica en lo referente a la prescripción de los líquidos endovenosos, razón por la que el cargo único de falsa motivación esbozado por el demandante no puede prosperar.

3.6. Condena en Costas

Según el artículo 188 de la Ley 1437 de 2011 la sentencia dispondrá sobre la condena en costas, salvo en los procesos en que se ventile un interés público, y su liquidación y ejecución se regirán por las normas del Código General del Proceso:

“Artículo 188. Condena en costas. Salvo en los procesos en que se ventile un interés público, la sentencia dispondrá sobre la condena en costas, cuya liquidación y ejecución se regirán por las normas del Código de Procedimiento Civil.”.

En virtud de lo anterior, y habida consideración que en el artículo 365, numeral 1 del Código General del Proceso se señala que “*se le condenará en costas a quien se le resuelva desfavorablemente el recurso de apelación*”, resulta procedente condenar en costas a la parte demandada, Superintendencia de Industria y Comercio.

No obstante, se ordenará que su liquidación sea realizada por el juzgado de origen en atención a lo dispuesto en el artículo 366 ibídem que indica que “*Las costas y agencias en derecho serán liquidadas de manera concentrada en el juzgado que haya conocido del proceso en primera o única instancia, inmediatamente quede ejecutoriada la providencia que le ponga fin al proceso o notificado el auto de obedecimiento a lo dispuesto por el superior*”.

Al respecto, se torna pertinente traer a colación lo expuesto por la Honorable Corte Constitucional en la Sentencia C-157 de 2013:

“La condena en costas no resulta de un obrar temerario o de mala fe, o siquiera culpable de la parte condenada, sino que es resultado de su derrota en el proceso o recurso que haya propuesto, según el artículo 365. Al momento de liquidarlas, conforme al artículo 366, se precisa que tanto las costas como las agencias en derecho corresponden a los costos en los que la parte beneficiaria de la condena incurrió en el proceso, siempre que exista prueba de su existencia, de su utilidad y de que correspondan a actuaciones autorizadas por la ley. De esta manera, las costas no se originan ni tienen el propósito de ser una indemnización de perjuicios causados por el mal proceder de una parte, ni pueden asumirse como una sanción en su contra”¹⁰.

IV. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, el Tribunal Administrativo de Cundinamarca, Sección Primera, Subsección B, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

FALLA:

PRIMERO.- CONFIRMAR la Sentencia del 30 de mayo de 2018 proferida por el Juzgado Cuarto Administrativo del Circuito de Bogotá D.C., de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.

¹⁰ Corte Constitucional, Sentencia C-157 de 2013, MP. Mauricio González Cuervo: Providencia en la se efectúa el estudio de constitucionalidad del Parágrafo único, artículo 206 de la Ley 1564 de 2012 y se efectúa pronunciamiento en torno a la condena en costas y sus reglas conforme al Código General del Proceso.

SEGUNDO.- CONDENAR en costas a la Fundación Abood Shaio. Por Secretaría remitir el expediente al Juzgado de origen para que liquide las costas procesales de conformidad con lo dispuesto en el N°1 del artículo 365 y 366 del Código General del Proceso, y en los términos señalados en la parte motiva de esta sentencia.

TERCERO.- Ejecutoriada esta providencia, devuélvase el expediente al Juzgado de origen.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

~~MOISÉS RODRIGO MAZABEL PINZÓN~~
Magistrado

FREDY IBARRA MARTÍNEZ
Magistrado

OSCAR ARMANDO DIMATÉ CÁRDENAS
Magistrado