

IMPLICACIONES BIOÉTICAS EN CASOS DE INTERVENCIÓN DEL  
CONSEJO NACIONAL DE BIOÉTICA, POR INADECUADA PRAXIS  
PRESENTADOS EN HOSPITALES DE TERCER NIVEL DE BOGOTÁ EN  
EL PERIODO DE 2016 A 2020  
- DESARROLLOS JURISPRUDENCIALES -

NATALIA ANDREA HERRERA VEGA  
CLARA SOFÍA CABEZAS OSORIO

UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA  
FACULTAD DE DERECHO  
BOGOTÁ D.C., 2021

IMPLICACIONES BIOÉTICAS EN CASOS DE INTERVENCIÓN DEL  
CONSEJO NACIONAL DE BIOÉTICA, POR INADECUADA PRAXIS  
PRESENTADOS EN HOSPITALES DE TERCER NIVEL DE BOGOTÁ EN  
EL PERIODO DE 2016 A 2020  
- DESARROLLOS JURISPRUDENCIALES -

NATALIA ANDREA HERRERA VEGA  
CLARA SOFÍA CABEZAS OSORIO

TRABAJO PARA OPTAR AL TÍTULO DE ABOGADOS.

**DIRECTOR DE MONOGRAFÍA**  
Dr. HERNÁN LÓPEZ LÓPEZ

UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA  
FACULTAD DE DERECHO  
BOGOTÁ D.C., 2021

NOTA DE ACEPTACIÓN.

24 de mayo de 2021.

Director de Monografía  
Dr. HERNÁN LÓPEZ LÓPEZ

Jurado 1

Jurado 2

Fecha, mayo de 2021.

## **RESUMEN**

El Consejo Nacional de Bioética fue creado mediante ley 1374 de 2010, indicando que una de sus funciones era supervisar el cumplimiento de los Estatutos que rigen la medicina, por esto se pretende hacer un estudio que arroje si este ha cumplido con su función, específicamente hacía los casos de mala praxis, analizar si ha intervenido, y si lo ha hecho que acciones ha tomado al respecto de estos casos.

Mediante la jurisprudencia emitida abordando el tema seleccionado, se ha visto reflejado que la intervención que se esperaba no ha sido la más oportuna, y que el Consejo Nacional de Bioética no ha cumplido en estos casos con el rol que le fue asignado.

## **PALABRAS CLAVE**

Consejo Nacional de Bioética, medicina, inadecuada praxis, jurisprudencia, responsabilidad, acto médico.

## TABLA DE CONTENIDO

1. UBICACIÓN DEL PROBLEMA.....	10
1.1 Descripción del problema: .....	10
1.2 Formulación del problema: .....	13
1.3 Justificación: .....	13
1.4 OBJETIVOS .....	22
1.4.1 Objetivo general .....	22
1.4.2 Objetivos Específicos .....	22
HIPÓTESIS.....	22
MARCO METODOLÓGICO.....	23
2 MARCOS DE REFERENCIA.....	27
2.1 MARCO HISTÓRICO .....	27
2.2 MARCO LEGAL.....	34
2.3 MARCO INSTITUCIONAL .....	42
2.4 MARCO DEMOGRÁFICO .....	45
2.5 MARCO GEOGRÁFICO .....	47
2.5.1 Ubicación hospitales de tercer nivel de bogotá. ....	47
MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	48
CAPÍTULO 1. ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE LA SALUD .....	53
1.1 Ley 10 de 1990.....	55
1.2 Ley 1751 de 2015.....	58
1.3 Niveles de Complejidad de Atención Médica.....	61
1.4 Hospitales de Tercer Nivel.....	62
CAPÍTULO 2. LAS VERTIENTES BIOÉTICAS DE LA POSMODERNIDAD.....	64
CAPÍTULO 3: ESTRUCTURA, ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL CONSEJO NACIONAL DE BIOÉTICA .....	69
3.1 Marco normativo del Consejo Nacional de Bioética .....	69
3.2 Funciones, estructura y organización (datos actualizados, quien preside e integrantes, demás) .....	73
CAPITULO 4. ANÁLISIS JURISPRUDENCIAL .....	80

5 ALTERNATIVA DE SOLUCIÓN.....	106
6 CONCLUSIONES .....	108
7 REFERENCIAS .....	109
7.1 DOCUMENTALES.....	109
7.2 Referencias legales: .....	112
7.3 Referencias jurisprudenciales:.....	114
7.4 Web grafía: .....	115

**LISTA DE GRÁFICOS**

GRÁFICA 1.

p. 47

Las opiniones expresadas en el presente documento son de responsabilidad exclusiva del o los autores y no comprometen de ninguna forma a la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca y/o a su Facultad de Derecho.

## INTRODUCCIÓN

La presente investigación se desarrolla dentro de un análisis crítico progresivo y propositivo con base en pronunciamientos jurisprudenciales, reflejando la intervención que debería tener el Consejo Nacional de Bioética (en lo sucesivo CNB) en los casos de mala praxis presentados en los hospitales de tercer nivel de Bogotá D.C., mediante una metodología de carácter hipotética-deductiva y análisis documental y jurisprudencial, destinado en primera medida a la crítica de la ausencia de intervención del CNB.

Esta circunstancia, permite identificar la necesidad de establecer si una correcta intervención hubiera brindado un mejor resultado o evitado los perjuicios derivados de la mala praxis, conforme a las funciones asignadas al CNB. La ubicación del problema socio jurídico, resulta conducente por las notorias consecuencias que la inadecuada praxis médica, pueden acarrear a la salud y vida de las personas.

Así las cosas, es necesario ubicar la pertinencia dentro de la esfera de la investigación socio jurídica, al cimentarse sobre un problema social que se encuentra en los centros hospitalarios del Distrito Capital y más concretamente los categorizados como de tercer nivel en atención a su infraestructura y capacidad de atención que resulta extensiva a poblaciones circunvecinas a la ciudad.

Esta hipótesis es viable en la práctica, gracias a la aplicación de herramientas cualitativas que permitan identificar soluciones del problema planteado, conforme a lineamientos que se exponen dentro de las corrientes bioéticas, analizadas en el cuerpo teórico de la investigación en búsqueda de la propuesta tangible como alternativa de solución.



El propósito fundamental de la presente investigación está encaminado a demostrar que no obstante la creación del CNB, la gestión de prevención y control para disminuir los casos de mala praxis en los Hospitales de tercer nivel del Distrito Capital, durante el periodo comprendido entre el 2016 al 2020, no ha sido oportuna y eficaz.

A partir de la problemática planteada como objeto principal de indagación socio-jurídica en el presente documento, se pretende formular una alternativa de solución viable y realizable dentro del margen de posibilidades y competencias institucionales, como a continuación se referirá.

Adicionalmente, dicho estudio aspira a generar un grado de concientización en sectores específicos de la población, particularmente en la Academia como quiera que se trata del escenario naturalístico donde se ventila la realidad social.

Por lo tanto, partiendo de esta dicotomía material, es posible proponer una alternativa de solución que incluya que la entidad objeto de estudio se encargue del tratamiento de casos específicos y relevantes de la bioética, como lo son el IVE (Interrupción voluntaria del embarazo); eutanasia; manipulación genética y TRHA (Técnicas de reproducción humana asistida) para que sus conceptos sean más enfocados y los aspectos de inadecuada praxis en la actividad médica sean manejados por el Tribunal de Ética Médica, tal y como hasta ahora se ha venido realizando.

Con base en el estudio de casos concretos y en un análisis del sistema de salud actual en Colombia, se evidencia la alta presencia de fallas en la prestación del servicio de salud en los hospitales de tercer nivel de Bogotá, esto teniendo en cuenta el grado de complejidad que atienden en razón a su objeto, logística y especialidad con la que cuentan.

Así, frente a este análisis de casos concretos, la presente investigación pretende generar un grado de conciencia individual y colectivo que contribuya progresivamente al mejoramiento de la prestación del servicio público en cuestión.

En conclusión, se evidencia la imperiosa necesidad de que tanto el CNB como demás organismos que tengan vinculación con temas de salud pública tales como el Ministerio de Salud y Protección Social, la Superintendencia de Salud Pública y la propia Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, realicen una adecuada inspección y vigilancia a los actos ejercidos por los galenos y en casos extremos imponer la correspondiente sanción.

## **1 UBICACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.1 Descripción del problema:**

Recae sobre el Consejo Nacional de Bioética (en adelante se escribirá CNB) la responsabilidad Estatal de proteger la vida como uno de sus fines esenciales, enfocada a la intervención que debe efectuar frente a los casos de negligencia médica derivados de la inadecuada praxis que hoy por hoy ha cobrado muchas vidas, pero no solo enfocándose en las entidades Públicas, sino también en las que se encuentran administradas por particulares.

Dentro de las finalidades atribuidas de manera específica al CNB se refiere al velar por el correcto cumplimiento de los deberes legales que cada actor tiene con la Nación, consistente en vigilar y supervisar el correcto cumplimiento de los códigos deontológicos que rigen una labor tan importante como la medicina, teniendo en cuenta que hace parte del grupo

de entidades nacionales que debe intervenir en dichos casos, conforme a la finalidad de creación prevista en la ley 1374 de 2010.

La precitada disposición, indica como el CNB tiene un trabajo consultivo hacia el Gobierno Nacional y establece que uno de sus principios fundamentales para cumplir su labor es: “a) La prevalencia, indivisibilidad y la inviolabilidad de los derechos humanos y de las garantías fundamentales, según lo contemplado en la Constitución Política y en los acuerdos internacionales firmados por el país.” (Ley 1374 de 2010, Congreso de la República); dirigiendo este concepto hacia el derecho fundamental a la vida y por lo tanto, incluirá la atención oportuna, adecuada, así como la preservación ante cualquier situación que ponga en riesgo la vulneración de dicho derecho establecido en preámbulo de la Carta Política en su artículo primero como uno de los principios fundantes del Estado Social de Derecho.

De esta manera se puede enfocar la investigación en el problema que surge de la negligencia y la mala praxis que tienen los Hospitales de tercer nivel en la Ciudad de Bogotá en un lapso de 2016 a 2020.

Igualmente, como consecuencia de las actuaciones desplegadas por los funcionarios que laboran en dichos establecimientos, a manera de falla personal se han presentado importante número de procesos judiciales en contra de la Nación por parte de los afectados.

A manera de ejemplificación:

(...) se tiene que el servicio de salud brindado a la niña A.L.G. en los dos primeros ingresos a urgencias de la Fundación enjuiciada no fue diligente ni adecuado, pues ante los síntomas por ella manifestados, antes -sed con evolución de 15 días, vómito, diarrea, dolor abdominal- y después –persistencia del vómito y náuseas-, debieron disiparse las causas de sus dolencias mediante la práctica de exámenes complementarios, pero nada se hizo por parte de los dos facultativos que en principio la atendieron, quienes emitieron un

diagnóstico apresurado, y permitieron la funesta evolución del cuadro de cetoacidosis diabética que en realidad la aquejaba, que se complicó por la demora en detectarlo (...) (Tribunal Superior del Distrito Judicial, Proceso 2017-00018)

Este tipo de situaciones se materializan debido a que dichos hospitales son los que más capacitados se encuentran para realizar todo tipo de cirugías, diagnósticos y atención de urgencias de los ciudadanos, no solo Bogotanos, sino también de aquellos que son remitidos de hospitales que se encuentran en los distintos Departamentos que no cuentan con infraestructura suficiente para el tratamiento de situaciones médicas específicas.

Por esta razón se evidencia que los hospitales de tercer nivel cuentan con los equipos, infraestructura, profesionales capacitados e implementos para prestar el servicio ética y correctamente a la población, conforme lo señala ACUERDO 0020 DE 1990 por el cual se crearon para la prestación de servicios de salud en los diferentes niveles de atención establecimientos públicos Distritales con personería jurídica autonomía administrativa y patrimonio propio, adscritos a la Secretaría Distrital de Salud, en el artículo 7:

“Hospitales de Nivel III, caracterizados por la presencia de médicos generales, especialistas básicos y sub- especialistas (cardiólogos, neurólogos, nefrólogos, gastroenterólogos, y otros de acuerdo a disponibilidad de recursos). El Área de influencia de estas entidades será establecida por la Dirección General del Sistema Distrital de Salud.” (Acuerdo 20 de 1990, artículo 7)

La problemática presentada reviste la connotación de haber sido abocada por el máximo Tribunal de la jurisdicción de lo contencioso administrativo, así como por la Corte Suprema en Sala de Casación Civil, razón por la cual resulta procedente presentar una línea de tiempo en los pronunciamientos emitidos.

Con base a lo manifestado en precedencia, se ratifica la validez y oportunidad de la presente investigación en términos de establecer las implicaciones bioéticas en algunos casos intervención del CNB, derivados de la inadecuada praxis presentados en los hospitales de tercer nivel de Bogotá en el periodo de 2016 a 2020.

### **1.2 Formulación del problema:**

¿Cuál ha sido la intervención del Consejo Nacional de Bioética en los casos de inadecuada praxis presentados en los hospitales de tercer nivel de Bogotá, en el periodo comprendido entre 2016 a 2020, han cumplido con las funciones que le fueron asignadas por el ordenamiento jurídico?

### **1.3 Justificación:**

La presente investigación corresponde a la realidad práctica derivada de las fallas en el sistema de salud pública durante el lapso comprendido entre 2016 a 2020, focalizado en los hospitales de tercer Nivel ubicados en el Distrito Capital.

A manera de corroboración práctica, 319 pacientes de sólo tres EPS entre julio de 2012 y septiembre de 2013 en los 22 hospitales del Distrito fueron objeto de casos de mala praxis, como sucedió en el evento de una niña de 11 años que por mandato del código de infancia y adolescencia se reserva su nombre, quien falleció, presuntamente, a causa de un coma diabético no diagnosticado oportunamente. (Quevedo; 2014, p. 1)

Este tipo de circunstancias anómalas se presentan por cuanto los establecimientos prestadores del servicio de salud, reciben a personas

cuando su infraestructura de urgencias exige equipos y medios especializados, adoleciendo de la capacidad suficiente y con frecuencia se tiene la convicción equivocada de que recibirán un mejor tratamiento al que le sería dispensado inicialmente de donde son oriundos, ya que no solamente estas unidades atienden a ciudadanos de Bogotá sino de departamentos y municipios cercanos a la misma.

En este sentido la ley 10 de 1990 establece:

“A los departamentos, intendencias y comisarías, al Distrito Especial de Bogotá, al Distrito Cultural y Turístico de Cartagena y a las áreas metropolitanas, directamente, o a través de entidades descentralizadas directas, o indirectas, creadas para el efecto, o mediante sistemas asociativos, la dirección y prestación de los servicios de salud del segundo y tercer nivel de atención que comprende los hospitales regionales, universitarios y especializados. La Nación continuará prestando servicios de atención médica, en el caso del Instituto Nacional de Cancerología.” (Ley 10 de 1990, art. 6, inciso 2°)

Esta circunstancia normativa denota que estos lugares al ser especializados no solo tratan urgencias del lugar en donde se encuentran ubicadas, sino también de otras municipalidades cercanas acrecentando la población objeto de atención que podría verse afectada a raíz de una mala práctica.

En este orden de ideas, resulta fundamental conceptualizar el acto médico y su alcance, para así poder establecer la causa raíz de la inadecuada praxis que se presenta en algunos hospitales, en primera medida Vera Navarra lo define como “El acto médico se refiere a lo que realiza el profesional de la medicina en el desempeño de su profesión frente al paciente” (Vera, 2013, p. 5)

A su vez Jaime Alberto Restrepo Manotas, en su artículo “*Una mirada en lo ético disciplinario y en la investigación administrativa. Los tribunales de ética médica y el acto médico*”, lo define como: “Se define

como la actividad que realiza el profesional médico frente a su paciente, la cual se conecta con los valores ético-morales del individuo en relación con la sociedad” (Manotas, 2012, p. 7), por lo que se esperaría que el profesional de la salud cumpla con los deberes que tiene para consigo mismo y para con los demás, cumpliendo así con el objetivo específico de la deontología de su profesión y servicio a la comunidad.

En el mismo artículo Restrepo Manotas (2012) hace referencia a: “Durante su formación sistemática en la universidad, el futuro profesional va logrando el desarrollo de capacidades para aplicar conocimientos, destrezas y actitudes que le permitirán resolver problemas médicos” (Manotas, 2012, p. 7).

De igual manera Guzmán, Franco, Morales de Barrios y Mendoza Vega en su artículo *“El acto médico Implicaciones éticas y legales”* definen al acto médico como: “el cual se concreta la relación médico-paciente es una forma especial de relación entre personas” (Guzmán, 2009, p. 1), esto conllevando a que el profesional de la salud se compromete a poner todos los medios a su alcance para efectuar un debido procedimiento apoyándose en sus conocimientos adquiridos, su adiestramiento técnico y su diligencia.

Sin embargo, no se encuentra en su poder la facultad de garantizar los resultados de la intervención a realizar, teniendo en cuenta que su labor es de medios y no de resultados como regla general acorde con los desarrollos jurisprudenciales vigentes, aunque esta consideración no lo exime del deber de realizar previa advertencia de los posibles riesgos y complicaciones inherentes al mismo.

En el mismo artículo también se indica:

La prevención hace referencia a la recomendación de medidas para evitar la aparición de procesos patológicos. El diagnóstico es la

opinión del médico obtenida de la observación directa o del laboratorio del paciente. La terapéutica se refiere a las diversas formas de tratamiento para la enfermedad. La rehabilitación es el conjunto de medidas encaminadas a completar la terapéutica para reincorporar al individuo a su entorno personal y social. (Guzmán, 2009, p. 1)

El profesor Hernán López, en su libro *Bebés Medicamento: Salvamento Parental o Instrumentalización del Ser Humano* y con relación al acto médico y la responsabilidad derivada del mismo, manifiesta lo siguiente

Con ocasión de las disertaciones inherentes a la dimensión social de la bioética, apuntábamos que indefectiblemente, la eventual y excepcional responsabilidad derivada del ejercicio médico parte de la metodología universalmente aceptada del acto médico (anamnesis; sintomatología; signos; impresión diagnóstica; tratamiento y rehabilitación).

Asumida como una obligación de medio y no de resultado (excepción hecha de la inversión en procedimientos de cirugía estética y alguna tendencia que aboga por incorporar otros procedimientos médicos como ortopedia, prótesis, cirugías y gineco obstetricia), en los que la imputación recae no solamente en el proceder humano sino en la disponibilidad y utilización adecuada de recursos logísticos y materiales frente a determinada situación (López, 2019, p. 34)

Así mismo, cabe resaltar la definición dada por Sonia B. Fernández Cantón, en su artículo *“El Acto Médico: Error y la mal praxis”* publicado en el Boletín CONAMED - OPS de marzo - abril 2016, se cita:

Conjunto de acciones que van desde un simple diagnóstico hasta la más compleja intervención quirúrgica, y que lleva una sobrecarga de riesgos, en la medida que no se puede contar con elementos concretos y objetivos que permitan dar un resultado exacto (Fernández Cantón; 2016; p. 3)

Como ya se ha mencionado con anterioridad, la práctica médica siempre conlleva el riesgo de provocar daños, incluso dentro de las mejores circunstancias, por lo que Fernández Cantón refiere: “la posibilidad de hacer daño es inherente al ejercicio de la medicina” (Fernández Cantón;



2016; p. 3). A su vez, también realiza la definición de inadecuada o mala praxis:

Entenderemos por mal praxis toda infracción de parte del médico del deber propio de su profesión y más concretamente del deber de actuar con la diligencia objetivamente exigida por la naturaleza del acto médico que se ejecuta, según las circunstancias de las personas, del tiempo y del lugar. (Fernández Cantón; 2016; p. 3)

Esta circunstancia hace referencia a la responsabilidad profesional por los actos médicos, realizados sin seguimiento al beneficio del paciente y se identifica a partir de uno o más errores injustificados por parte del profesional de la salud, por lo que implica culpa y responsabilidad del mismo. De esta manera, es como en el mismo artículo se indica que:

para comprobar la mala praxis, debe confirmarse la existencia de ciertos elementos que permitan establecer que efectivamente estos estuvieron presentes durante el acto médico: Tal es el caso del uso de insumos inapropiados, presencia de actos de violencia o simulación, la transgresión a normas y/o reglamentos, la realización de actos sin sanción previa en comités o comisiones, problemas en la calidad de la atención, la ocurrencia de lesiones injustificadas y la comprobación de remuneraciones fraudulentas. (Fernández Cantón; 2016; p. 3)

En el mismo artículo, Fernández Cantón diferencia entre mala praxis y error médico, aportando la definición de esta última en los siguientes términos:

El error médico resulta de una equivocación, siempre que se compruebe haber actuado con sinceridad, buena fe, haber respetado la Lex Artis y haber realizado todo lo que esté al alcance de las condiciones concretas de su medio de trabajo, con el fin de obtener un diagnóstico oportuno y prestar la mejor atención a las personas.” (Fernández Cantón. 2016, p. 4)

Es importante destacar que la comisión de un error médico no solo perjudica al paciente que fue principal afectado y víctima directa del acto médico en el que ocurrió el incidente, sino que las consecuencias del mismo

alcanzan y lesionan al paciente en sus relaciones afectivas, familiares, entre otras.

A manera de ejemplo, tendríamos el caso de la familia directa del paciente, o su entorno cercano que resultan afectados por el acto médico realizado de manera inadecuada. Así mismo, afecta la relación médico-paciente por cuanto debilita el grado de confianza en las instituciones y el sistema de salud en su conjunto. Se cita:

Debe señalarse que el impacto de los errores médicos es múltiple, no únicamente de carácter médico-clínicos, sino también psicológicos y físicos, económicos y legales. Generalmente el usuario reciente las repercusiones en mayor o menor medida en cada uno de esos aspectos en su vida. (Fernández Cantón; 2016; p. 6)

A título de referencia y sin perjuicio del análisis pertinente que se abordara más adelante se sintetizan las siguientes citas jurisprudenciales:

Sentencia de la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. SC12947-2016 Radicación n° 11001 31 03 018 2001 00339 01, 15 de septiembre de 2016. Magistrado Ponente: Margarita Cabello Blanco.

Sentencia Corte Suprema de Justicia SC 9193-2017 Radicación N° 11001-31-03-039-2011-00108-01, Bogotá D.C., 28 de junio de 2017. Magistrado Ponente: Ariel Salazar Ramírez

Sentencia Corte Suprema de Justicia SC003-2018 Radicación: 11001-31-03-032-2012-00445-01, 12 de enero de 2018. Magistrado Ponente: Luis Armando Tolosa Villabona

Consejo de Estado - Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera Subsección B, Consejero Ponente: Alberto Montaña Plata, Bogotá

D.C., 10 de abril de 2019 Radicación: 25000-23-26-000-2005-01794-01 (40916)

Sentencia Corte Suprema de Justicia SC3367-2020 Radicación N° 11001 31 03 038 2006 00795 02 Bogotá, D.C., 21 de septiembre de 2020, Magistrado Ponente: Octavio Augusto Tejeiro Duque

En consecuencia, son necesarios los lineamientos precedentes, debe adicionarse que el error derivado del ejercicio de la actividad médica puede configurarse por vía de acción o de comisión por omisión, generando en todo caso secuelas e inclusive el deceso del paciente.

La actividad médica intrínsecamente es considerada como una actividad riesgosa y por esta razón debe ejecutarse de la manera más diligente posible, siguiendo la normatividad y protocolos que regulan su ejercicio. Si bien es cierto el desempeño de otras actividades, comporta la ocurrencia de errores debe tenerse en cuenta que en tratándose del ejercicio de la actividad médica la ocurrencia de los errores, acarrea consecuencias de mayor complejidad que incluyen la vida humana.

Resulta imperioso manifestar que el personal médico asistencial, encargado de garantizar la prestación del servicio público esencial de la salud, ostenta una condición de garante, frente a la sociedad en sentido genérico y en especial en la persona de la paciente habida cuenta que el artículo 1 de Ley 23 de 1981 señala lo siguiente:

La medicina es una profesión que tiene como fin cuidar de la salud del hombre y propender por la prevención de las enfermedades, el perfeccionamiento de la especie humana y el mejoramiento de los patrones de vida de la colectividad, sin distingos de nacionalidad, ni de orden económico social, racial, político o religioso. El respeto por la vida y los fueros de la persona humana constituyen su esencia espiritual. Por consiguiente, el ejercicio de la medicina tiene implicaciones humanísticas que le son inherentes.

Precisamente la justificación del tema objeto materia de investigación, deriva en la importancia que tiene la intervención Estatal en este tipo de circunstancias, ya que la fuerza vinculante que consagra el Preámbulo de la Constitución Política de 1991 determina que se debe asegurar a sus integrantes la vida y en concomitancia el artículo segundo preceptúa que las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en su vida, honra, bienes, creencias, y demás derechos y libertades, y para asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares.

La intervención del Estado habrá de suscribirse no solamente a la prestación directa del servicio de salud pública, sino también en la intervención de inspección, control y vigilancia que debe ejercer frente a establecimientos del orden nacional, departamental, distrital o municipal según fuere el caso, independientemente de la naturaleza jurídica del prestador del servicio.

Dentro del conjunto de obligaciones que le asisten al Estado, existe la gestión delegada al Consejo Nacional de Bioética, organismo encargado de verificar la correcta actividad no solamente de los profesionales de la medicina, sino de toda la infraestructura y personal médico asistencial encargado de gestionar y coadyuvar la prestación del servicio de salud pública.

Esta consideración práctica, otorga validez y pertinencia a la presente investigación con el objeto de verificar el grado de eficiencia y eficacia del cuerpo colegiado, analizando la línea jurisprudencial desarrollada frente a casos de mala praxis médica, así como la definición de una política pública e integral que cumpla dos objetivos principales: El primero encaminado a prevenir los daños y perjuicios derivados de la inadecuada práctica médica. El segundo, contribuir a disminuir potencialmente el denominado daño antijurídico.

Por vía jurisprudencial, el Honorable Consejo de Estado mediante sentencia 25000232600020030086301 del 26 de agosto de 2015, donde la señora Juana Samacá Muñoz acudió al Instituto de Seguros Sociales por padecer incontinencia urinaria, razón por la cual fue programada por el servicio de ginecología de la Clínica San Pedro Claver de Bogotá para una intervención quirúrgica con el objeto de remediar su patología, deja claro que si bien el procedimiento tratado en el caso fue consentido, expresamente autorizado por la paciente y confirmado por un testigo, lo anterior no exime a las entidades prestadoras de servicios de salud de responder patrimonialmente por la mala praxis de sus procedimientos médicos, aclara el concepto de daño a la salud y su forma de liquidarlo de la siguiente manera:

En otros términos, un daño a la salud desplaza por completo a las demás categorías de daño inmaterial como lo son la alteración grave a las condiciones de existencia -antes denominado daño a la vida de relación– precisamente porque cuando la lesión antijurídica tiene su génesis en una afectación negativa del estado de salud, los únicos perjuicios inmateriales que hay lugar a reconocer son el daño moral y el daño a la salud. (2015, Consejo de Estado, Sala De Lo Contencioso Administrativo Sección Tercera Consejero Ponente: Hernán Andrade Rincón)

Todo el planteamiento investigativo, sustentado en la creación y funcionamiento del CNB, así como de otros entes gubernamentales, pone de manifiesto la importancia que tiene la bioética en el campo de la salud y su rol estratégico para permitir generar una cultura de prevención y autocuidado en el tema de la salud. En consideración a que todos los deberes y derechos del ser humano se refieren a la persona intrínsecamente considerada, resulta trascendental que las autoridades propendan por la materialización del principio bioético de la beneficencia.

## **1.4 OBJETIVOS**

### **1.4.1 Objetivo general**

La intervención del Consejo Nacional de Bioética en los casos de inadecuada praxis presentados en los hospitales de tercer nivel de Bogotá, en el periodo comprendido entre 2016 a 2020, han sido insuficientes en el cumplimiento de las funciones que le fueron asignadas por el ordenamiento jurídico, según la ley 1374 de 2010.

### **1.4.2 Objetivos Específicos**

Relacionar la organización, funcionamiento y estructura del sistema general de salud y de la seguridad social en Colombia, en relación con la bioética.

Analizar las corrientes conceptuales de la Bioética en Colombia, como precedente en el cumplimiento de las funciones del Consejo Nacional de Biótica.

Describir la estructura, organización y funcionamiento del Consejo Nacional de Bioética, en el desarrollo de las funciones impuestas en la ley 1374 de 2010.

Sinterizar el desarrollo jurisprudencial desarrollado por el Consejo de Estado y la Corte Suprema de Justicia, relacionado con responsabilidad derivada de mala praxis médica en el periodo de 2016 a 2020.

## **HIPÓTESIS**

Con base en las fuentes de investigación abordadas, encontramos que el Consejo Nacional de Bioética no está cumpliendo satisfactoriamente

con las funciones que le fueron asignadas desde el acto de su creación, situación que se evidencia por la no participación en los casos de mala praxis presentados en los hospitales de tercer nivel de Bogotá, durante el periodo comprendido entre 2016 a 2020.

El ejercicio de la actividad médica, exige desarrollar los más altos cánones de conocimiento, humanismo y ética. Sin embargo, atendiendo a su naturaleza de actividad humana no se encuentra exenta de errores, razón por la cual encontramos justificada la intervención del Consejo Nacional de Bioética en los escenarios de prevención y excepcionalmente sancionatorios.

En función de la hipótesis planteada, el trabajo consecuentemente formulará una alternativa de solución.

## **MARCO METODOLÓGICO**

El tipo de investigación es socio-jurídica de corte cualitativo, específicamente de carácter exploratorio. Con una incidencia en el análisis documental. Debido a la propuesta teórica realizada de “(...) decidirse de una vez por todas a conocer la realidad social tomando como referente las condiciones empíricas concretas – cuantificables y no cuantificables de vida de las poblaciones estudiadas.” (Bonilla y Rodríguez, 2013, p. 58)

El paradigma de la investigación se sustenta en un carácter cualitativo; La investigación cualitativa es aquella donde se estudia la calidad de las actividades, relaciones, asuntos, medios, materiales o instrumentos en una determinada situación o problema. Esta tipología de investigación, procura lograr una descripción holística, esto es, que intenta analizar exhaustiva e integralmente un asunto o actividad en particular.

A diferencia de los estudios descriptivos, correlacionales o experimentales, más que determinar la relación de causa y efecto entre dos o más variables, la investigación cualitativa se interesa más en saber cómo se da la dinámica o cómo ocurre el proceso en qué se da el asunto o problema. (Vera Vélez, UIPR, Ponce, P.R., 2008)

En este orden de ideas, la presente investigación se enmarca dentro del modelo cualitativo, por cuanto no se pretende arribar a conclusiones meramente estadísticas, sino que apela al método de investigación más frecuente en materia de ciencias sociales, involucrando una problemática socio-jurídica que posibilite al investigador una percepción directa de la magnitud e impacto del tema investigado, con base en el estudio de casos puntuales.

Las ciencias sociales están fallando en sus análisis, y sus conclusiones no son necesariamente confiables. Las sociedades están ahí debatiéndose en condiciones de muy alta incertidumbre, las cuales cuestionan la eficiencia, la eficacia y la sostenibilidad de los resultados de las investigaciones. (Bonilla y Rodríguez, 2013, p. 58)

En cuanto al tipo de investigación, es necesario poner de presente que no solamente es descriptivo, sino que analiza y explica la problemática abordada en cada caso seleccionado, empleando un método hipotético-deductivo, es decir iniciando en lo general y terminando en lo particular, siendo una investigación tanto bibliográfica como metodológica.

Las ciencias sociales, y en especial el sector socio-jurídico, entra a legitimar cuestiones la de filosofía de la ciencia, que puede ser articulado por medio un marco epistemológico; que justifique los métodos utilizados, de lo que se acepta como real en el método de comprobación y lo que se acepta como un hecho. (Reiter. 2015, p. 149)

Como consecuencia la presente investigación se enmarca en la línea de DERECHO, SOCIEDAD Y CULTURA EN LA FORMACIÓN



JURÍDICA, debido a que esta rige trabajos que implican variadas relaciones sociales, que en muchos casos, son determinadas por el derecho, supeditado a sus reglas de convivencias, códigos de comportamiento, manera de relacionarse, y hasta sus reglas gramaticales, a los parámetros que imponen las normas jurídicas y se puede evidenciar que nuestro trabajo se enmarca en el cumplimiento de códigos de ética y estatutos que rigen la medicina, situación que se presenta como un problema social, que sin embargo a su vez necesita del ordenamiento jurídico para poder formular una alternativa de solución, pues en el caso que nos ocupa proponemos la intervención de un ente como el Consejo Nacional de Bioética.

Por ejemplo, en la presente se determina a través de métodos de análisis cualitativo de datos, elementos cuantitativos que ya han realizado otros organismos, sean nacionales o internacionales; con el fin de demostrar o corroborar una situación gráfica para un caso en concreto, como los elementos que se utilizan en la investigación.

Este tipo de investigación tiene de hecho muchas ventajas, algunas de las cuales son también muy relevantes para la investigación explorativa. Permite una clara formulación de una teoría para ser probada en su aplicación, comúnmente formulada como hipótesis; permite poner orden en el proceso de investigación mediante la formulación de teorías e hipótesis relacionadas previamente y permite, finalmente, el desarrollo de un diseño de investigación y el diseño de las herramientas metodológicas más adecuadas para responder a la pregunta de investigación, que también se formula con antelación. (Reiter. 2015, p. 149)

Es así, que en la presente se delimita una pregunta de investigación a manera de formulación que se presente falsear mediante un análisis de relación causal-consecuencial, enfocada en una hipótesis. Para definir los términos y conceptos involucrados; y finalmente pretender evaluarlos mediante indicadores como el análisis cualitativo de datos, que le den un sustento científico a la investigación.

Es así, que la orientación que es necesaria delimitar en el marco metodológico se esboza en una teoría confirmativa, que es necesaria para la indagación sistemática de la realidad; donde se contrastan elementos de la realidad y la exploración que queremos impartir. Al final, se espera que los científicos logren enfocar sus investigaciones en la explicación de la realidad, y como podría ser mejorada por medio de teorías que logren guiar las acciones y formulación de políticas. (Reiter. 2015, p. 149)

Hay dos cualificaciones importantes que caracterizan este proceso. Por un lado, proceder así demanda del investigador una postura autocrítica y abierta. Un investigador no trata de «suspender» sus creencias y convicciones, pues esto es imposible. Al contrario, las hace explícitas y las integra al proceso de comprensión y explicación. (Reiter. 2015, p. 161)

Es así, que se propende por la elección de una investigación exploratoria en su diseño, en la posibilidad de investigar de manera confirmativa, por la aplicación del pensamiento dialectico, basado en un análisis documental previo, que amplíe la perspectiva de la formulación de una hipótesis que se compruebe en la realidad.

(...) hay dedicación comprometida con el fenómeno bajo escrutinio e investigación sistemática, crítica, abierta y autorreflexiva. La investigación explicativa, conducida de esta forma, se transforma en un instrumento de ampliación de conocimiento, de concientización, y de expansión conceptual e intelectual. (Reiter. 2015, p. 164)

Finalmente, consideramos que la presente investigación corresponde a una problemática social específica y creciente, justificando la intervención de la bioética como ciencia de la supervivencia, en tanto articula un equilibrio entre la ciencia médica, los valores y el derecho.

## 2 MARCOS DE REFERENCIA

### 2.1 MARCO HISTÓRICO

Como mencionamos anteriormente, el concepto de acto médico se encuentra vinculado con la inadecuada praxis y se remonta a la antigüedad, con el desarrollo de las primeras culturas. Uno de los primeros referentes normativos que se conocen y hacen alusión a la inadecuada praxis es el Código de Hammurabi, redactado alrededor del siglo XVIII antes de Cristo en la cultura mesopotámica (Legislación hebrea y pentateuco), incorporándose un concepto de responsabilidad médica.

Con base en dicha consagración, se imponen penas de naturaleza corporal, degradando en tratos inhumanos, crueles e irracionales, contemplando prácticas como la amputación de las manos para los médicos que se equivocaron en su procedimiento y/o fracasaron en su actividad profesional. Así mismo, es menester resaltar que los castigos impuestos dependían del paciente, es decir, de la condición social del mismo, como lo indica Darío Andrés Parra Sepúlveda, en su artículo La evolución ético-jurídica de la responsabilidad médica: “El código de Hammurabi, en materia de responsabilidad médica, establecía dos tipos de regulaciones, las cuales eran divididas en razón de si el daño era provocado a una persona libre o a un esclavo.” (2014, p. 209)

En el antiguo Egipto se redactó el denominado "Libro Sagrado", un código elaborado por los sacerdotes de la época, el que además de establecer una serie de disposiciones que regían la actividad del galeno, proporcionaba declaraciones comprensivas de los síntomas de algunas enfermedades.

En la época antigua, los egipcios reglamentaron una forma más drástica al ejercicio médico, implementando la pena de muerte. Referente a dicha punición Parra Sepúlveda en su texto indica lo siguiente:

Las disposiciones del citado libro egipcio debían cumplirse estrictamente, so pena de muerte para el médico, sin tomar en consideración las consecuencias que la desviación de estas normas pudiera provocar en el paciente, bastando su mera observancia para exonerar al galeno de toda responsabilidad (2014; p. 210)

Es de resaltar que en Egipto hacia el año 300 A.C., se reconoce al primer médico Imhotep, quien tenía obsesión por resucitar a los muertos, razón por la cual se establecieron penas para la mala práctica médica.

Por su parte, el derecho romano establecía la culpabilidad del médico aun cuando habiendo procedido bien, los resultados fuesen negativos debido a cierto abandono, lo que podría considerarse negligencia, y la condena podía quedar en manos de los familiares del enfermo perjudicado, a quienes se les entregaba en ocasiones al médico para que hiciesen justicia de manera directa.

Así mismo, las denominadas leyes Aquilias prohibieron y sancionaban tanto los sacrificios humanos como la mala práctica médica.

En Roma existieron dos acciones diferentes para exigir responsabilidad a los médicos, las cuales dependían exclusivamente de la condición personal del paciente. De esta forma:

a) Si este resultaba esclavo, el dueño podía ejercer en contra del médico la acción de la Lex Aquilia para que se le indemnizara el daño ocasionado a su propiedad. (...) Por su parte, la impericia médica era considerada culpa, siendo el caso paradigmático aquel en que el médico no operó bien a un esclavo o le recetó mal un medicamento, originando con ello su muerte. b) En caso de que el paciente fuese un hombre libre cabía la acción de locación en virtud del arrendamiento de servicios por el que estaba ligado el médico esclavo o liberto. (Parra; 2014, p. 211)

En la Edad Media, hubo varias normas para regular la profesión médica, una de estas son las Siete Partidas de Alfonso X “El Sabio”, estipulando la pena para aquellos médicos que abandonaran el tratamiento de un enfermo una vez iniciado y contempla el posible intrusismo profesional, castigando a quienes figuren tener mayores conocimientos médicos de los que verdaderamente poseen.

Pero lo más relevante es su visión sobre la mala praxis médica, ya que en esta legislación se consagran diferentes penas, en función de si la responsabilidad del médico en el fallecimiento de un paciente es culposa o dolosa. En el primer caso, el médico sería desterrado a una isla durante cinco años y, en el segundo supuesto, sería condenado a muerte.

Para el siglo XVIII existía una gran problemática al momento de brindar auxilio a los necesitados (en cuestión de salud), situación que se agravaba debido a la ausencia de instituciones públicas y privadas; adicionando la inexistente consideración de la salud como un derecho.

En 1789 con ocasión de la Revolución Francesa, se establecieron las ideas de servicio público, utilidad social, interés público y de derecho a la salud; determinando nuevos puntos de vista entre la relación de la medicina, la salud y la sociedad.

Los revolucionarios franceses merecen el crédito de ser los primeros que formularon el derecho del hombre a la existencia como ley básica y se esforzaron por crear un sistema nacional de asistencia social en forma global que sea responsabilidad del Estado francés, que incluía establecer el derecho de todo hombre a su atención médica, aun en las regiones descuidadas y en los grupos desfavorecidos de la población. (Doval; 2004, p. 325)

En desarrollo de la Revolución Francesa, el pensamiento racional prevalece sobre las demás consideraciones y como vertiente socio política,

tuvo su manifestación jurídica en la codificación normativa; asimilando el concepto de culpa en el ámbito de la responsabilidad y fundamentó los artículos reguladores de dicha figura en el Código de Napoleón. Es así como se formula por primera vez, en un texto de derecho positivo, una cláusula general del principio natural de responsabilidad por culpa

Además de lo anteriormente mencionado, es importante tener en cuenta que un factor determinante para el desarrollo de la medicina en general, obedeció al proceso de mecanización que la Revolución Francesa trajo consigo: “El triunfo de la mecanización en la primera fase de la industrialización traería la nueva oleada revolucionaria europea de 1848, donde llevarán a un nivel más alto las nuevas ideas de la Medicina como una Ciencia Social.” (Doval; 2004 p. 325)

El sistema de responsabilidad del Código Francés se modificaría con el Código Civil español de 1889. La responsabilidad civil, con origen en la Lex Aquilia del derecho romano, ha sufrido un constante proceso de evolución, caracterizado por el constante desarrollo del criterio de imputación, a partir de la revolución industrial hasta nuestros días:

El desarrollo de la industrialización y el maquinismo en el siglo XIX y principios del siglo XX, influyó definitivamente en la evolución del principio de responsabilidad por culpa hacia el denominado, principio de responsabilidad por riesgo, es decir, sin necesidad de la concurrencia de la culpa en la generación del evento dañoso (Arbesú González; 2016; p. 378)

En épocas recientes, la Corte Suprema de Pensilvania de los Estados Unidos, mediante sentencia proferida en 1989, desarrolló la metáfora “Capitán del barco” para referir el manejo y grado de responsabilidad que le asiste al cirujano, estableciendo responsabilidad no solamente por su negligencia, sino que la hace extensiva al personal médico asistencial a su cargo. (Vega, 2005, p. 68)

Sin embargo, el tema de responsabilidad médica derivado de la negligencia y mala praxis ha tenido su propia evolución histórica, producto de una sociedad profundamente defensora de los derechos individuales y fundamentales, razón por la cual, bajo el epígrafe de daño antijurídico o responsabilidad patrimonial por parte del estado, resulta procedente reclamar la indemnización de daños y perjuicios a través del medio de control de reparación directa.

No obstante que la Constitución de 1886 consagró la protección de derechos fundamentales, la forma de organización política adoptada de Estado de Derecho y de Soberanía Nacional, no otorgaba la visión prevalente y antropocéntrica que hoy consagra la Carta Política de 1991 que adoptó el modelo de Estado Social de Derecho, resultado de la gesta iniciada por el movimiento estudiantil llamado la séptima papeleta conformado en 1989 por estudiantes de diferentes universidades, quienes se denominaban de esta manera porque en 1990 se debía votar por candidatos al Senado, Cámara de Representantes, Asamblea Departamental, Juntas Administradoras Locales, Concejo Municipal y Alcaldía; así que el voto por la asamblea constituyente sería la séptima papeleta que cada votante depositaría en las urnas, de esta manera su movimiento,

Se puede considerar como un promotor de movilización de protesta social, por dos razones: primera, porque logró convocar la participación de estudiantes de universidades públicas y privadas que ejercieron de forma colectiva sus derechos a la libertad de expresión, manifestación e información y con sus acciones lograron sentar las bases de la Constitución Política de 1991; segunda, porque el carácter coyuntural del movimiento fue una reacción frente a la situación de violencia enfrentada por el país, un llamado al Estado y a las instituciones, un llamado a la democracia. (Amaya, 2013, p.13)

Corolario de las anteriores consideraciones, adoptada la fórmula del Estado Social de Derecho todas las ejecutorias y políticas públicas en

especial las relacionadas con el servicio esencial de la salud, adquieren una visión más integral y humanista.

Dentro de los mecanismos de protección de derechos fundamentales, el constituyente de 1991 consagró el amparo o acción de tutela concebido como mecanismo transitorio, expedito y prevalente para evitar la vulneración de derechos fundamentales, destacando entre otros pronunciamientos los fallos T-373 de 2001, T-418 de 2013 y T-336 de 2009 dictados por la Honorable Corte Constitucional, coincidentes en preservar el derecho de acceso a la prestación de salud pública.

Posteriormente, la Corte Suprema de Justicia como máximo órgano en materia de jurisdicción ordinaria, ha venido refiriendo el ejercicio de la profesión otorgándole la condición de una actividad riesgosa, definiéndola en los siguientes términos:

(...) si hay una actividad peligrosa en la que se debe consentir la existencia de un riesgo permitido, esa es la medicina. En verdad, se admite cierto nivel de exposición al daño inherente a su ejercicio, en tanto se trata de una ciencia no exacta cuya práctica demanda para el colectivo social la necesidad de aceptar como adecuada la eventual frustración de expectativas de curación o recuperación, siempre que no se trascienda a la estructuración de una aproximación al daño evitable o no tolerado (Sentencia 33920 de 2012, M.P.: Augusto Ibáñez Guzmán)

Por esta razón, resulta admisible la comisión de errores en las actividades humanas, pero cuando a causa de dichos yerros se ubica en riesgo la vida adquiere mayor trascendencia, en especial cuando se trata de comportamiento negligente desplegado por el profesional de la medicina.

Este patrón de comportamiento inadecuado, genera el concepto de falta o falla en la prestación del servicio médico asistencial generando la atribución de responsabilidades por cuanto se pretende demostrar no la



subjetividad de la acción u omisión del profesional médico, sino el incumplimiento a los principios de seguridad y confianza legítima que establecen los Estatutos de Ética que rigen esta profesión.

Actualmente en Colombia la tesis dominante que ha sido desarrollada de manera jurisprudencial, es indicativa de que la responsabilidad derivada del ejercicio de la actividad médica, es de medio y no de resultado:

Es decir, el galeno no está en la obligación de garantizar la salud del enfermo, pero sí de brindarle todo su apoyo en procura de su mejoría. Excepcionalmente es de resultado como en aquellos casos de cirugías estéticas, donde el paciente piensa que va a obtener un resultado por la información deficiente que dan los facultativos; pues la información sesgada puede dar expectativas irreales y es la que genera la responsabilidad. La obligación contractual o extracontractual del médico respecto de la persona a quien va a tratar, es una prestación de servicios enmarcada en el consentimiento. (Ruiz, 2011, p. 5)

No obstante, la relación médico-paciente se fundamente en el respeto mutuo y en el acuerdo de voluntades, resulta innegable que la obligación del médico es cumplir con los estándares necesarios y en el evento de configurarse situaciones de impericia, negligencia, imprudencia o violación de reglamentos que deriven en perjuicios resulta necesario imputar responsabilidad por cuanto se produce un resultado no previsto, siendo objetivamente previsible y exigible.

En este orden de ideas, la imprudencia grave es entendida como la omisión de todas las precauciones exigibles que debieron adoptarse en el suceso o evento perjudicial, o al menos de las más elementales o rudimentarias medidas exigibles por tratarse de salvaguardar el derecho fundamental a la vida, escenario a partir del cual surge la categoría jurídica de delito.

En tratándose del CNB debe tenerse en cuenta que las comisiones o consejos nacionales de bioética, son foros de carácter permanente o ad hoc, responsables de organizar normativas, emitir informes o relatorías y conducir consultas públicas para apoyar las decisiones del Estado acerca de situaciones polémicas o controversiales que se originan de los avances biomédicos o de situaciones persistentes en el campo de la salud pública (Hottois y Parizeau, 1998); y con este objetivo se creó el CNB, buscando un correcto cumplimiento de la profesión médica a partir de la observancia de la normativa que regula dicha actividad.

## **2.2 MARCO LEGAL**

El 10 de diciembre de 1948, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó y proclamó en París la Declaración Universal de Derechos Humanos, en un momento en donde la humanidad aún se recuperaba de los horrores perpetrados durante la II Guerra Mundial. Tras este acto histórico, la Asamblea pidió a todos los Países Miembros, entre ellos Colombia, que publicaran el texto de la Declaración y dispusieran que fuera "distribuido, expuesto, leído y comentado en las escuelas y otros establecimientos de enseñanza, sin distinción fundada en la condición política de los países o de los territorios".

Colombia en 2018 y por medio de la Defensoría del Pueblo, compilo en un documento esta Declaración y añadió un comentario indicando que "Dicho compendio incluyó los tradicionales derechos de libertad y los derechos económicos, sociales y culturales, como expresión manifiesta de la universalidad, integralidad, indivisibilidad e interdependencia de los derechos humanos, vinculados de manera ineludible con el principio esencial de la dignidad humana." (Negret, 2017, p. 6)

Así las cosas, la Declaración aludida adquiere una relevancia significativa por cuanto determina una fuerza vinculante para el Estado

Colombiano, puesto que incluye en su texto los más importantes derechos que se deben adoptar, dentro del marco del Estado Social de Derecho como modelo de organización política, sustentado en el respeto a la dignidad humana.

En este contexto, la Constitución de 1991 en su artículo 1° establece que “Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general.”, reiterando con especial énfasis en la importancia fundamental de la dignidad humana y definiendo en el artículo segundo, los fines esenciales del Estado manifiesta que entre ellos están “servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución; las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en su vida, honra, bienes, creencias, y demás derechos y libertades, y para asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares”.

En consecuencia, resulta incontrovertible la obligación que le asiste al Estado para proteger todos los derechos fundamentales en favor de los ciudadanos y que encuentran expresa consagración en la Carta Política.

Adicionalmente, el artículo 49 otorga a la salud la categoría de servicio público en cabeza del Estado, estableciendo lo siguiente:

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.

La Carta Política también introdujo importantes acciones para salvaguardar los derechos fundamentales tal y como la salud, a través de mecanismos como la acción de Tutela e instituciones como la Corte Constitucional puesto que “En el caso de la acción de tutela, es la implementación de su rápido procedimiento y su informalidad las que revolucionaron la comprensión de los derechos y permitieron su rápida y progresiva apropiación por parte de todos los colombianos.” (Lancheros, 2011).

Esta circunstancia contribuye a hacer efectiva la protección de los derechos fundamentales, especialmente lo concerniente a la prestación eficaz y oportuna del servicio público esencial de la salud, en perspectiva de proteger la vida humana.

Ahora bien, en lo que tiene que ver con la Corte Constitucional, debe decirse que ella no sólo se limitó a seleccionar y revisar sentencias provenientes de acciones de tutela. Al privilegiar la autonomía de la Constitución respecto de otras fuentes del derecho, en particular de la ley y otras normas de menor jerarquía, le dio vida propia. La Carta Política pasaba, ahora sí, a convertirse para los colombianos en la norma de normas. Había más Constitución que ley (Lancheros, 2011)

Así, la Carta Política tendría prevalencia y sería defendida a cabalidad por esta corporación, pero no solo la Carta sino también los

tratados internacionales en este caso de salud ratificados por Colombia que terminan por elevarse a rango constitucional, tales como el Convenio “*Hipólito Unanue*”, sobre Cooperación en Salud de los países del Área Andina y mejoramiento del nivel de vida de los habitantes de esta subregión, firmado en la ciudad de Lima el 18 de diciembre de 1971, de esta manera la influencia determinada por los anteriores instrumentos, generó la necesidad de expedir un Código de ética para la profesión de la medicina, expidiendo la Ley 23 de 1981 que aun cuando antecede a la Constitución de 1991 constituye un marco regulatorio y de protección a los beneficiarios de la prestación del servicio de salud.

Posteriormente se expidió el Decreto 1101 de 2001 (Presidencia de la República de Colombia, 2001), disposición que creó la Comisión Intersectorial de Bioética, dividida en dos subcomisiones: la primera encargada de analizar las implicaciones del genoma humano y la reproducción asistida. La segunda revisó el tema relacionado con el daño ecológico ocasionado por la fumigación de los cultivos ilícitos, emitiendo pronunciamientos sobre estos asuntos.

Además, también se tiene la Ley 10 de 1990 que establece en su artículo primero:

La prestación de los servicios de salud, en todos los niveles, es un servicio público a cargo de la Nación, gratuito en los servicios básicos para todos los habitantes del territorio nacional y administrado en asocio de las entidades territoriales, de sus entes descentralizados y de las personas privadas autorizadas, para el efecto, en los términos que establece la presente ley. El Estado intervendrá en el servicio público de salud conforme a lo dispuesto en el artículo 32 de la Constitución Política.

Y además para hacer mención a los niveles de atención su artículo tercero categorizó la prestación del servicio de salud de la siguiente manera: “el primer nivel de atención, que comprende los hospitales locales,

los centros y puestos de salud; (...) segundo y tercer nivel de atención que comprende los hospitales regionales, universitarios y especializados”.

Acto seguido es promulgada la ley 100 de 1993, la cual instituye el Sistema General de Seguridad Social vigente en Colombia, esta ley reúne de manera grupal un conjunto de entidades, normas y procedimientos a los cuales pueden tener acceso las personas y la comunidad con el objetivo principal de garantizar una calidad de vida que esté acorde con la dignidad humana. En este texto se incluyen las obligaciones del Estado, de los usuarios, las instituciones que se encargaran de brindar atención, el dinero destinado para dicha atención tanto de salud como de servicios complementarios.

En cuanto al Sistema General de Seguridad Social en Salud, el cual ocupa la presente investigación tiene por objeto regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso al servicio a toda la población, en todos los niveles de atención. Es operado por las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y la prestación del servicio está a cargo de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)

Luego en 2015 se crea la Ley Estatutaria de salud 1751 de 2015, la cual consagra la salud como un derecho fundamental autónomo, garantiza su prestación, lo regula y establece sus mecanismos de protección, la secretaria de salud de Manizales indica que tiene seis principales características las cuales son:

- a) Es una Ley garantista, pues le apuesta a la progresividad de los derechos.
- b) Es prevalente, debido a que es una Ley superior muy difícil de derogar.

- c) Es la primera Ley estatutaria en Colombia para un derecho social fundamental.
- d) Crea un marco de protección al derecho fundamental a la salud.
- e) Establece unos mínimos básicos.
- f) Es independiente al sistema de salud que existe.

Frente a la penalización que se aplica cuando se presenta un error médico el Código Penal (Ley 599 de 2000), no consagra ningún artículo que específicamente tipifique los errores médicos, pero establece conductas punibles específicas como el homicidio culposo (artículo 109); las lesiones personales culposas (artículo 120) y las lesiones culposas al feto (Artículo 126).

En este contexto, conviene definir la culpa como una modalidad específica de la conducta punible en los siguientes términos:

La conducta es culposa cuando el resultado típico es producto de la infracción al deber objetivo de cuidado y el agente debió haberlo previsto por ser previsible, o habiéndolo previsto, confió en poder evitarlo. (Ley 599 de 2000, art. 23).

A partir de las previsiones contenidas en los tres tipos penales enunciados, se desarrolla el concepto de negligencia para profesionales de la medicina quienes tuvieron la posibilidad de prevenir las consecuencias nocivas y las dejaron libradas al azar, inobservando el deber objetivo de cuidado que era exigible por cuanto actuaron determinados por cualquiera de los generadores de la culpa (negligencia, impericia, imprudencia o violación de reglamentos).

Por último, actualmente en Colombia se venía presentando un debate a nivel nacional debido a la nueva reforma a la salud que se pretendía realizar, la cual está contenida en el proyecto de ley 010 de 2020

y entre tanto sus más importantes disposiciones y que más han causado conmoción entre la población son las siguientes:

<b>REFORMA A LA SALUD</b>	<b>MODELO DE SALUD ACTUAL</b>	<b>PROYECTO 010 DE 2020</b>	<b>LO QUE SIGNIFICA</b>
<b>MODELO DE ATENCIÓN</b>	Primero el médico general realizaba una revisión y el remitía directamente al especialista de acuerdo a la patología que presentara el paciente.	Hay un enfoque estandarizado en un médico familiar y médico general	El modelo de atención se regirá únicamente desde el médico tratante sin enfoque especialista.
<b>PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>	Cubre la prestación de servicios especializados	No cubre la prestación de servicios especializados	Quien necesite un servicio especializado de salud deberá pagar un cubrimiento extra, y quien no pueda pagarlo no podrá acceder a él.
<b>MEDICAMENTOS</b>	Financiación de medicamentos de atención general y especial por medio de MIPRES.	Desaparece MIPRES y se crea una desfinanciación de medicamentos y prestación de salud especializada	Toda la carga económica de medicamentos recaería en los afiliados sin ninguna ayuda.



<b>RÉGIMEN SUBSIDIADO</b>	Cobertura a población sin capacidad de pago	Se unifica con el régimen contributivo	Solo existiría un régimen donde se aplicarían copagos diferenciados por estratos, pero no se subsidiaría la salud a quien no la puede pagar.
-------------------------------	---	--	--

Además de lo anterior, algo que también generó descontento en el grueso de la población es la reforma que quería realizarse al Instituto Nacional de Cancerología, esta Entidad actualmente es una empresa social del Estado con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa con domicilio en la ciudad de Bogotá cuyas funciones principales son:

- Coordinación en la prestación de servicios oncológicos a personas de bajos recursos no aseguradas.
- Asesorar a las diversas entidades en inspección, vigilancia y control en servicios oncológicos de carácter asistencial y preventivo a nivel nacional.
- Forma, asesora e interviene en el ámbito nacional en materia de investigación de enfermedades oncológicas.

Como se puede ver su función principal es beneficiar a los ciudadanos que no poseen una capacidad económica para poder pagar los costosos tratamientos contra el cáncer, sin embargo, el artículo 38 del proyecto de ley 010 de 2020 establece que:

Revístase al presidente de la república de precisas facultades extraordinarias por el término de seis (6) meses, contados desde la fecha de publicación de la presente ley para reestructurar al inc de acuerdo a su nueva naturaleza jurídica y definir su domicilio, objeto y funciones, órganos y estructura de dirección y administración,

patrimonio y fuentes de recursos, régimen jurídico administrativo, laboral y contractual.

Por lo que la controversia que se desarrolló también va enfocada en cuál es el objetivo de cambiar el funcionamiento de este lugar, puesto que no existe una necesidad para ello y esto no beneficiaría realmente a quienes lo necesitan, además de todas las desmejoras mencionadas anteriormente que evidentemente volverían muy precario y de difícil alcance el servicio de salud.

Sin embargo, gracias a las manifestaciones sociales que se venían presentando desde el 28 de abril hogaño y a los aportes públicos científicos que hicieron agremiaciones médicas frente a su inconveniencia, afortunadamente el día 19 de mayo de 2021 este proyecto de ley que fue iniciativa de las bancadas de Cambio Radical, Centro Democrático, Partido Conservador, Partido Liberal y un senador del Partido Verde logró ser archivado en el Congreso con tan solo 5 votos a favor y 27 en contra.

### **2.3 MARCO INSTITUCIONAL:**

En primer lugar, en tratándose de problemáticas inherentes a la salud pública que comprometen a la ciudad de Bogotá, conviene mencionar el rol estratégico que ejerce la Secretaría Distrital de Salud cuya misión institucional consiste en garantizar el derecho a la salud a través de un modelo de atención integral que contribuya al mejoramiento de la calidad de vida de sus habitantes.

En consecuencia, la actividad que desarrolla la precitada dependencia resulta de vital importancia para los objetivos trazados en la presente investigación, habida cuenta que su prospectiva indica que, a partir del año 2020, está reconocida como la entidad territorial encargada de fomentar el mejoramiento y acceso a los servicios de salud, permitiendo

transformar las condiciones y la calidad de vida de los habitantes del Distrito Capital.

Las funciones asignadas a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, mediante el Decreto 507 de 2013 expedido por la Alcaldía Mayor de Bogotá, están previstas en el artículo 6 y se sintetizan de la siguiente manera:

- ✓ Garantizar el cumplimiento de la normatividad para la atención y prestación del servicio a la ciudadanía.
- ✓ Velar por el buen uso de los recursos para la prestación del servicio a la ciudadanía.
- ✓ Proponer medidas para garantizar que la ciudadanía obtenga respuestas a sus requerimientos en el marco del Sistema Distrital de Quejas y Soluciones (SDQS).
- ✓ Realizar seguimiento al componente de atención a la ciudadanía en la Secretaría Distrital de Salud y a los planes de mejoramiento.
- ✓ Velar por el cumplimiento de las normas legales que rigen el desarrollo de los trámites o servicios que presta la entidad.

Con base en el marco de competencias funcionales, la Secretaria Distrital de Salud, constituye el escenario institucional adecuado para que los ciudadanos manifiesten sus inconformidades frente a la eventual prestación deficiente del servicio público esencial de salud.

Dentro del marco institucional, el Ministerio de Salud Pública constituye el estamento de diseño e implementación de políticas públicas en materia de salud, razón por la cual su misión se encamina a “Dirigir el sistema de salud y protección social en salud, a través de políticas de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y aseguramiento.”

Así mismo, ejerce la coordinación intersectorial para el desarrollo de políticas públicas con base en los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, equidad, sostenibilidad y calidad, con el fin de contribuir al mejoramiento de la salud de los habitantes de Colombia.

Por tanto, la visión planeada para el año 2021, pretende el reconocimiento como entidad rectora en la definición de políticas y ser ampliamente reconocida como la entidad rectora en el establecimiento de programas que respondan adecuadamente a las necesidades y expectativas de los ciudadanos en materia de salud y protección social, mediante procesos transparentes, coherentes y participativos.

El Ministerio reconoce, valora y desarrolla el talento humano, la gestión del conocimiento y los recursos, para que el país cuente con políticas públicas orientadas al goce efectivo del derecho a la salud y protección social. Adicionalmente, establece canales de orientación al ciudadano para todos aquellos eventos que puedan afectar su prestación.

Con el propósito de dar cabal cumplimiento a los preceptos constitucionales y legales, existe el denominado Sistema Nacional de Salud Pública que será objeto de análisis independiente en la presente monografía.

Luego se encuentra el Tribunal Nacional de Ética Médica, es una Entidad sin ánimo de lucro creada por la Ley 23 de febrero 18 de 1981 y reglamentada por el Decreto 3380 de 1981, con sede en la capital de la República, con autoridad para conocer en segunda instancia de los procesos disciplinarios ético profesionales que se presenten por razón del ejercicio de la Medicina en Colombia, buscando siempre la aplicación de la ética en las relaciones entre pacientes, IPS, médicos y asociaciones científicas tanto en su sede principal como en los Tribunales seccionales que posee.

La ley 23 de 1981 establece en su artículo 64 quien lo conformara de la siguiente manera:

**ARTÍCULO 64.** – El Tribunal Nacional de Ética Médica estará integrado por cinco profesionales de la medicina elegidos por el

Ministerio de Salud de una lista de diez candidatos, de los cuales cuatro serán propuestos por la Federación Médica Colombiana, tres por la Academia Nacional de Medicina y tres representantes de las facultades de medicina legalmente aprobadas, propuestos por éstas.

PARÁGRAFOS: El Ministerio de Salud, cuando lo considere conveniente, podrá solicitar a la Federación Médica Colombiana, a la Academia Nacional de Medicina y las facultades de medicina el envío de nuevas listas.

Su creación se remonta a un momento en el que la Federación Médica Colombiana, asociación médica gremial, creada para defender los intereses científicos, sociales, laborales y gremiales de los médicos del país, para velar por la custodia de los principios éticos de la profesión instauró una campaña por algunos años que positivamente dio origen a la ley 23 de 1981, donde además fue nombrada asesora.

Por último, hacia abril de 2003, fue constituido el Colegio Médico Colombiano como ente representativo del gremio de profesionales de la Medicina en Colombia, asumiendo la condición jurídica de corporación, democrática en su composición, sin ánimo de lucro y de naturaleza privada.

En dicho cuerpo colegiado, podrán participar libremente los médicos con tarjeta profesional vigente, en igualdad de condiciones, como personas naturales que persiguen como objetivos comunes la excelencia en la salud de los colombianos y el bienestar integral de sus asociados, dignificando el ejercicio profesional.

## **2.4 MARCO DEMOGRÁFICO**

La red hospitalaria de Bogotá, está integrada por instituciones de orden público que reciben tanto a personas pertenecientes al régimen contributivo como del subsidiado, consecuencia de la remisión que realizan las respectivas E.P.S.

Entendiéndose por régimen subsidiado, el mecanismo mediante el cual la población de escasos recursos económicos y sin capacidad de pago, accede a los servicios de salud, mediante la financiación que realiza el Estado.

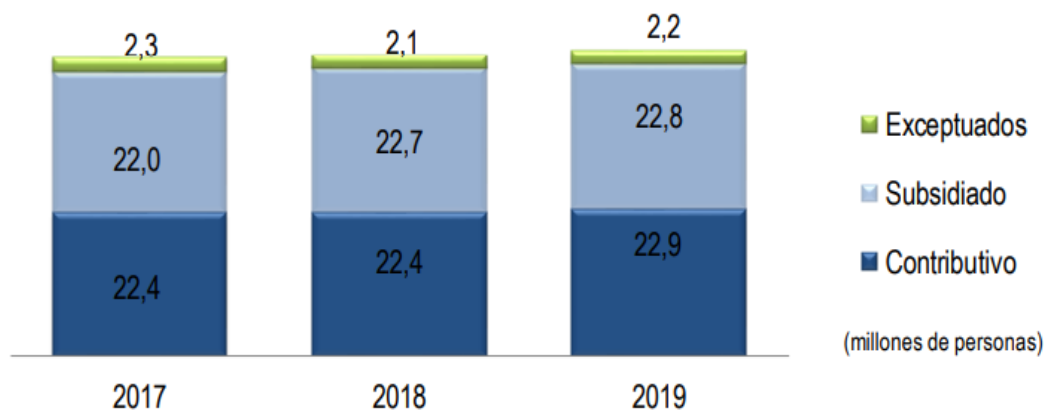
Así mismo, el denominado régimen contributivo hace referencia al conjunto normativo que regula la vinculación de los individuos y su núcleo familiar como beneficiarios, permitiendo el acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud, por cuanto se sustenta en el pago de una cotización, individual y familiar asumido directamente por el afiliado y/o concurrentemente con el empleador.

Según la estadística comparativa del Ministerio de Salud en la rendición de cuentas del año 2020, a fecha presente puede afirmarse que una significativa proporción de los habitantes de Colombia hacen parte del sistema de salud. Para el mes de diciembre de 2019, según los registros administrativos de la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) y las proyecciones de población del Departamento Administrativo Nacional de Estadística–DANE, el 95,2% de la población en Colombia, es decir 47'962.950 personas, contaban con afiliación a salud; de éstas, 22'909.679 personas se ubicaban en el régimen contributivo y 22'808.930 en el subsidiado. En el régimen de excepción existían 2'244.341 personas beneficiarias. Esto significa un incremento de 788.340 en el número total de afiliados entre 2018 y 2019; de los cuales 531.295 pertenecen al contributivo y 150.822 al subsidiado.

En la siguiente ilustración se puede apreciar la proporción de personas afiliadas en cada régimen para finales del año 2019:

## GRAFICO 1.

Ilustración 1. Afiliados a salud en Colombia



Fuente: Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) y cálculos propios Minsalud, a Dic. de cada año.

Fuente: Ministerio de Salud, Base de datos única de Afiliados (BDUA).

Con base en la estadística presentada, resulta tangible la responsabilidad que tienen estos hospitales, puesto que estarían en capacidad de recibir a aproximadamente el 92% de toda la población de Bogotá, situación que evidencia el grado de afectación para todo el sistema ante la ocurrencia de cualquier falla por parte del personal de la salud. Esta circunstancia exige que el CNB ejerza un control ético sobre el personal vinculado a la prestación del servicio.

## 2.5 MARCO GEOGRÁFICO

### 2.5.1 UBICACIÓN HOSPITALES DE TERCER NIVEL DE BOGOTÁ.

- Hospital de Kennedy... Av. 1 de mayo No. 75A-19. Ubicado en la localidad de Kennedy.
- Hospital Central de la Policía... Carrera. 59 #26-21
- Hospital de San José... Calle 10 No. 18-75. Ubicado en la localidad de Los Mártires.

- Hospital La Victoria... Diagonal 39 Sur No. 3-20E. Ubicado en la localidad de Los Mártires.
- Hospital Militar Central... Transversal 5 No. 49-00. Ubicado en la localidad de Chapinero.
- Hospital San Juan de Dios... Carrera 10 No. 0-05. Ubicado en la localidad de Santa Fe.
- Hospital Santa Clara... Carrera 15 No. 1-59 Sur. Ubicado en la localidad Antonio Nariño.
- Hospital Simón Bolívar... Carrera 7 Calle 165. Ubicado en la localidad de Usaquén.
- Hospital Universitario de la Samaritana... Carrera 8 No 55 Sur. Ubicado en la localidad de Santa Fe.
- Hospital Universitario de San Ignacio....Carrera 7 No. 40-62 Ubicado en la localidad de Teusaquillo.

## **MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL**

La medicina está considerada como una actividad de medios y no de resultados como regla general, (excepción hecha de casos puntuales como las denominadas cirugías estéticas y parcialmente asuntos ginecobstetricos no considerados urgencia), razón por la cual el criterio jurídico y probatorio que prevalece al momento de establecer eventuales responsabilidades, está sustentado en la observancia al deber objetivo de cuidado, vale decir el nivel de prudencia y diligencia desplegados en la atención a los pacientes, la prestación oportuna del servicio médico asistencial y la adecuada utilización de los recursos físicos y humanos disponibles.

La responsabilidad encuentra su fundamento legal en la necesidad jurídica y social de que todo médico responda ante las autoridades sociales de los daños y perjuicios ocasionados por las faltas voluntarias o



involuntarias, pero previsibles y evitables, cometidas en el ejercicio de su profesión (Lascaiz, 2000, p.2)

Teniendo en cuenta el concepto de responsabilidad médica que desarrolla el Licenciado Lascaiz de Costa Rica, destacamos la validez y pertinencia para los objetivos trazados en la presente investigación por cuanto destaca el rol de garante y proteccionismo social que ejerce el profesional de la medicina, así como la imputación derivada de proceder culposos y excepcionalmente dolosos que generarían perjuicios en la salud del paciente, inclusive comprometiendo catastróficamente su vitalidad.

Así mismo, el sitio web Geo salud indica porque sin lugar a dudas la responsabilidad de los daños se le atribuye al médico, señalando que desde el momento que un agente de la salud, acepta el ingreso de un paciente a un establecimiento público o privado o bien desde que comienza en la atención de un paciente, nace un contrato de cumplimiento obligatorio y con dicho contrato se originan los derechos y obligaciones de las partes.

En consecuencia, la obligación del médico consistirá en prestar la correcta orientación al paciente, así como el derecho que le asiste de recibir la prestación del servicio sin ningún tipo de obstáculos.

La coherencia con el tema desarrollado deriva de complementar el argumento precisando que el médico tiene la obligación de saber las normas (éticas y legales) que rigen su actuar profesional y la obligación de servir a la sociedad en que se desenvuelve con base en ello; el desconocimiento o falta de apego a ellas lo hace proclive a incurrir en mala praxis y a sufrir las consecuencias en proporción directa correspondiente (Zendejas, 2017, p. 123)

Adicionalmente a las acciones legales que podría enfrentar el profesional de la medicina, debemos incorporar el reproche social derivado del incumplimiento ético que le resulta exigible, originado en su nivel de experticia, formación y naturaleza trascendente de la profesión.

En este panorama de realidades, la bioética como ciencia de la supervivencia asume una condición protagónica en la búsqueda de armonizar los avances científicos, las exigencias legales y los valores humanos tendientes a preservar el derecho fundamental a la vida.

La "bioética" se ha constituido en la actualidad en una interdisciplina y transdisciplina de integración del conocimiento científico-humanista en torno a la vida con mayor índice de demanda formativa en la actualidad. La reflexión antropológica, social y ambientalista que genera la bioética en torno al avance tecnocientífico y la salvaguardia de la vida, en general, sobre todo, en pleno apogeo de la Era de la Biología, crea una oportunidad única para la formación y capacitación en estas temáticas en el ámbito mundial que permite la construcción gradual de actitudes y valores éticos cónsonos con la promoción de la vida, la dignidad del ser humano y la conservación de un ambiente diverso y sustentable, así como el desarrollo de una tecnociencia al servicio del ser humano y la humanidad en general. (Hernández, 2008, p.481)

En este contexto fue creado el CNB, con el propósito de intervenir de manera preventiva y oportuna en la evitación de daños y perjuicios derivados de la inadecuada práctica médica, sin desconocer otras temáticas bioéticas como la eugenesia, la manipulación genética, las técnicas de reproducción humana asistida entre otras, referidas enunciativamente a pesar de no constituir el objeto principal de la actual investigación.

Desde la perspectiva analítica que caracteriza a la bioética principalista destacamos los cuatro postulados orientadores que regulan el ejercicio de la actividad médica y científica, a saber:

El principio de no maleficencia, consistente en no hacer daño al paciente, y el principio de beneficencia, expresado en hacer el mayor bien posible. El médico nunca puede utilizar su conocimiento y experiencia para dañar a las personas, y por el contrario, debe tratar de generar el mayor bien posible. A estos principios, se han añadido en el último tercio del siglo XX otros dos, el de autonomía del paciente y el de justicia.

El Principio de autonomía significa reconocer la madurez moral de cada paciente, que debe participar en la toma de decisiones que afectan la salud y la vida, con voluntariedad, información y competencia, con respeto por su capacidad de autodeterminación.

El principio de justicia traduce no realizar discriminaciones injustas en la atención de salud, por criterios de edad, creencias, nacionalidad, etc. Y a la vez, distribuir con equidad los recursos disponibles en nuestros sistemas de salud. (León; 2015, p. 9)

En el contexto de la mala praxis en el ejercicio médico, resulta visible la trasgresión al principio de no maleficencia por cuanto el galeno a pesar de contar con la experticia y el conocimiento de la profesión, infortunadamente se aparta de los postulados éticos hipocráticos tendientes a salvaguardar la salud y vida de sus pacientes.

Ahora bien, articulando el derecho con los paradigmas de la bioética se pueden generar importantes resultados, habida cuenta que:

Sus postulados pueden ayudar no solo en la adecuada hermenéutica jurídica, sino que en el proceso de culturalización de la ciudadanía en sus derechos y obligaciones en lo atinente a los descubrimientos biomédicos y el impacto que pueden llegar a tener en sus quehaceres, incluso en sus elecciones más íntimas y trascendentales. (Cornejo, 2014, p. 35)

En este contexto, superando las consideraciones de orden bioético, uno de los objetivos señalados en la presente investigación, consiste en verificar si las funciones que le fueron asignadas al CNB, contribuyen eficazmente a los avances tecnológicos y de investigación científica.

Sin embargo, María Casado considera que “la cuestión que se plantea es la necesidad de reflexionar y reconstruir el sujeto mismo de la

Bioética. Así se trata de situar la importancia de la Bioética respecto de la Ética y de encontrar las razones del actual auge de nuestra disciplina que en este caso es el derecho. Para ello se señala el alcance del hecho de encontrarnos en la frontera de una auténtica recreación de la vida humana y, por otra parte, de las consecuencias de asumir el lugar central de la autonomía en el progreso moral, individual y social” (Javier Sádaba, La necesidad de la bioética. Repensar el sujeto).

Ese progreso individual y social según Cornejo, podría manifestarse a partir de generar una dinámica diferente entre la ética y el derecho, materializadas a través de declaraciones universales que encuentran escenario de réplica en la academia, la producción intelectual y los ejercicios de discusión en donde el CNB tendría bastante para aportar.

Nancy Piedad Molina Montoya plantea en su artículo “Formación bioética en ciencias de la salud”, un aspecto que coadyuva nuestro tema de investigación, basado en la idea según la cual los procesos de enseñanza en el tema bioético, dirigido a los profesionales de la salud contribuye a mejorar la prestación del servicio público esencial en beneficio de los pacientes.

Esté proceso educativo, pretende que el CNB intervenga de manera positiva en los casos de mala praxis, bien como estrategia preventiva o como instrumento de corrección de una manera pedagógica que al parecer resulta interesante, según el planteamiento de Molina citando a Wallner:

Wallner afirma que el profesionalismo, en relación con el cuidado de la salud, puede desarrollar y enseñar un rico entendimiento de lo que significa ser un cuidador y cómo puede lograrse una relación humana entre quienes cuidan y quienes reciben el cuidado. Aunque el profesionalismo describe, entre otros elementos, el desempeño profesional o las organizaciones gremiales, puede tener una implicación más sustantiva en términos morales. (Molina, 2015, p. 121)

En estas condiciones, se estaría generando una estrecha relación médico-paciente enmarcada en los más altos cánones de respeto y confianza legítima mutua, orientada dentro de los postulados que enseña la bioética.

Igualmente, Molina citando a diferentes autores como Crouceiro-Vidal, sugiere que la bioética debe fomentar el conocimiento de las características específicas del entorno cultural, cívico o social. Así mismo, Selvakumar y Joseph señalan que contribuye con la transformación de las actitudes y el carácter moral, así como el acogimiento de perspectivas como tolerancia, respeto y comprensión del punto de vista ajeno.

En suma, el ejercicio de la actividad médica exige la observancia de los estatutos deontológicos que orientan el cumplimiento del deber objetivo de cuidado, propendiendo por reducir la ocurrencia de errores derivados de la inadecuada praxis en el ejercicio médico asistencial.

## **CAPÍTULO 1. ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE LA SALUD**

La revisión historiográfica del sistema nacional de salud en Colombia, permite delimitar dos momentos trascendentales para la prestación del servicio público esencial, refiriendo un *ex ante* y un *ex post facto* a la expedición de la denominada Ley 100 del año 1993, por medio de la cual se creó el Sistema de Seguridad Social Integral y se expidieron otras normas complementarias sobre la materia.

La orientación teleológica de la reforma, pretendía un tratamiento igualitario, en el sentido que la reforma estuvo basada en una premisa fundamental para que todos los ciudadanos colombianos deberían tener acceso al sistema de salud, sin importar su origen socioeconómico o capacidad de pago. De esta manera, cada persona tendría acceso a un

paquete básico de salud, lo cual incluye un conjunto de medicamentos esenciales y procedimientos pertinentes.

Con esta reforma al sistema de salud, en Colombia se encontró regulada por el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), entendido como el conjunto de instituciones, normas y procedimientos mediante el cual el Estado garantiza la prestación de servicios de salud a todos los ciudadanos colombianos, esto de acuerdo con lo establecido en la Ley 100 de 1993, Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011 y el Decreto 780 de 2016.

Con esta gran reforma al sistema de salud, se dio una financiación mixta, la cual se compone por los recursos de las contribuciones de empleados y empleadores, y los recursos adicionales del presupuesto nacional, esto con el objetivo de regular el servicio público esencial de salud y así mismo crear condiciones de acceso para toda la población residente del país en todos los niveles de atención de salud.

De esta manera, resulta necesario manifestar que el Sistema General de Seguridad Social en Salud está integrado por El Estado, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, que actúa como organismo de coordinación, dirección y control; las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las cuales son responsables de la afiliación y el recaudo de las cotizaciones de cada afiliado, así mismo, se encarga de garantizar la prestación del Plan Obligatorio de Salud a los afiliados, y las instituciones prestadoras de salud (IPS: hospitales, clínicas y laboratorios, entre otras entidades encargadas de prestar la atención a los usuarios).

Por su parte, la administración de seguros y lo concerniente al recaudo, la gestión del riesgo, la conformación de las redes de atención, el agenciamiento de los pacientes, entre otras acciones, fue delegada a unas

empresas aseguradoras (EPS), las cuales deben garantizar el acceso a la salud y la calidad de la misma.

La reforma contempló dos regímenes distintos, siendo uno de estos para las personas con capacidad de pago, el cual se conoce como Régimen Contributivo, y el otro de estos regímenes basándose en prestar el servicio a las familias menos favorecidas, sin acceso a empleos formales o a una fuente estable de ingresos, conocido como Régimen Subsidiado.

En este orden de ideas, se entiende que, en el Régimen Contributivo, cada afiliado debe aportar conforme a su capacidad económica, con el fin de acceder a un paquete de beneficios igual para todos. En cambio, en el Régimen Subsidiado, la contribución de cada afiliado será cubierta plenamente por el Estado, incluyendo las contribuciones realizadas por los afiliados al Régimen Contributivo.

Así las cosas, resulta importante indagar de donde se generó el cambio en el régimen de salud y qué consecuencias trajo consigo dicha reforma al sistema de salud colombiano, aspecto que se observará a continuación.

### **1.1 Ley 10 de 1990**

Es importante mencionar que la Constitución Política de 1991 establece en su artículo 48 que la seguridad social es "un servicio público de carácter obligatorio garantizando el derecho irrenunciable a la seguridad social". Adicionalmente, consagró en el artículo 49 que "la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado", garantizando el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación.

En este último artículo, se establece que puede coexistir la participación de agentes tanto privados como públicos al servicio del sistema de salud, con el fin único de brindar protección y acceso de todos los colombianos al sistema de salud, como se mencionó anteriormente.

Con la promulgación de la Ley 10 de 1990, se estableció la descentralización del sistema de salud colombiano, toda vez que se transfirieron las responsabilidades en la prestación de servicios de salud a los gobiernos municipales y departamentales, generando una dinámica de mayor cobertura y acceso especialmente en los lugares más apartados de la geografía nacional, priorizando la estratificación social y económica de los ciudadanos.

En otras palabras, la Ley 10 de 1990 buscó establecer las bases de la transformación del sector salud, justificándose en que la descentralización de la administración de los servicios de salud sirve como el fundamento legal, para poder constituir los fondos locales de salud y garantizar la financiación del sector.

En consecuencia, se otorgó la categoría de servicio público a la salud. En este sentido, González Arango y Peña Alvarado en su texto *Análisis Socioeconómico de los Proyectos de Ley del Gobierno Para Reformar la Ley 100 de 1993* (2007), manifiestan que:

La participación social se legitima a través de los Comités de Participación Comunitaria y la representación de la comunidad en las Juntas Directivas de los Servicios, colocando los servicios de salud en manos de alcaldes, gobernadores, intendentes y comisarios, estableciendo juntas directivas para cada puesto, centro de salud y hospital con participación de las organizaciones de la comunidad usuaria; fue la pauta de las grandes transformaciones en salud. En efecto, la definición de salud como "servicio público", la devolución de responsabilidades en la materia a los entes territoriales, la reorganización de la carrera administrativa, la redistribución de las fuentes financieras fue entre otras la materia renovada por esta Ley que constituye base aún en lo compatible con



las normas que rigen actualmente la salud en nuestro medio” (González y Peña; 2007; p.10)

El artículo 5 de la Ley 10 de 1990, consagró que el sector salud estaría integrado de la siguiente manera:

**1. El subsector oficial**, al cual pertenecen todas las entidades públicas que dirijan o presten servicios de salud, y específicamente:

- a) Las entidades descentralizadas directas, o indirectas, del orden nacional;
- b) Las entidades descentralizadas directas, indirectas, del orden departamental, municipal, distrital o metropolitano, o las asociaciones de municipios;
- c) Las dependencias directas de la Nación o de las entidades territoriales.
- d) Las entidades o instituciones públicas de seguridad social, en lo pertinente a la prestación de servicios de salud, sin modificación alguna de su actual régimen de adscripción;
- e) La Superintendencia Nacional de Salud que, a partir de la vigencia de la Ley, es un organismo adscrito al Ministerio de Salud, (hoy Ministerio de la Protección Social), dentro del marco de la autonomía administrativa y financiera que señala la ley, sin personería jurídica.

**2. El subsector privado**, conformado por todas las entidades o personas privadas que presten servicio de salud y, específicamente, por:

- a) Entidades o instituciones privadas de seguridad social y cajas de compensación familiar, en lo pertinente a la prestación de servicios de salud.
- b) Fundaciones o instituciones de utilidad común;
- c) Corporaciones y asociaciones sin ánimo de lucro;

d) Personas privadas naturales o jurídicas.

En este contexto, para el año 1993 se promulgó la controversial Ley 100, por medio de la cual se creó el Sistema General de la Seguridad Social en Salud (SGSSS), estableciendo una afiliación obligatoria a través de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las cuales administran los recursos de las cotizaciones, ofertando un paquete de servicios o Plan Obligatorio en Salud (POS), por medio de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), temario abordado en precedencia.

### **1.2 Ley 1751 de 2015**

En el año 2015, fue promulgada la Ley Estatutaria de Salud por medio de la cual se introdujeron importantes avances en materia de salud y de beneficios para la ciudadanía.

El principal avance que la Ley 1751 trajo consigo, fue establecer y considerar a la salud como un derecho fundamental de todos los colombianos, impidiendo que a nadie se le pueda negar el acceso al servicio de salud y garantizando el derecho a un servicio oportuno, eficaz y de calidad. Por otra parte, obliga al Estado Colombiano a garantizar y proteger el cumplimiento de dicho derecho fundamental, entre otras obligaciones establecidas en el artículo 5 de la legislación en comento.

En idéntico sentido, conviene destacar que la Ley estatutaria determinó como obligación a cargo del Estado, garantizar la debida promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y paliación de una enfermedad. En el artículo 8 se dispuso que: “No se podrá fragmentar la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario”. Esto quiere decir que cualquier paciente y/o ciudadano, puede acceder a todos los servicios necesarios para su efectiva recuperación.

En cuanto a los tratamientos que busquen una finalidad cosmética, que no cuente con evidencia científica sobre su efectividad, eficiencia y seguridad clínica, la norma estableció que no comporta en estricto sentido un problema de salud, razón por la cual la no prestación como regla general no implicaría violación de derechos fundamentales.

Otro de los puntos más resaltables de la Ley 1751 de 2015, se visibiliza al garantizar la equidad dentro del Sistema de Salud, para lo cual se decreta que es deber del Estado adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades dentro de la sociedad, promover el mejoramiento de la salud, prevenir las enfermedades y elevar el nivel de la calidad de vida de cada ciudadano.

En otras palabras, cierra la brecha a las desigualdades, buscando lograr un trato igualitario para todos los ciudadanos frente a este derecho fundamental de la salud, y evitar que algunos pocos se vean favorecidos ante situaciones de esta magnitud, y que así mismo se evite la negación del servicio, por parte de cualquier entidad prestadora del servicio de salud. Así mismo, el Estado deberá garantizar el acceso a la salud en todo el territorio nacional especialmente en las zonas marginadas.

El artículo 11 de la Ley Estatutaria de Salud, establece las personas consideradas sujetos especiales de protección y por ende acreedores de la atención primaria en salud. Dicho grupo de personas comprende niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de la violencia y del conflicto armado, adultos mayores, personas con enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad.

Otro de los aspectos a resaltar de la Ley 1751 de 2015, refiere el tema de la autonomía profesional, afirmarse que:

Se garantiza la autonomía de los profesionales de la salud para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que tienen a su cargo. Esta autonomía será ejercida en el marco de esquemas de autorregulación, la ética, la racionalidad y la evidencia científica

De igual manera, establece que serán sancionados en caso de constreñimiento, sobornos o cualquier abuso en su ejercicio profesional que atente contra la salud del paciente. Igualmente se garantizan unas condiciones laborales justas y dignas, como la estabilidad y facilidades para incrementar sus conocimientos.

En síntesis, las características más representativas de la Ley 1751 de 2015 son las siguientes:

- a) Constituye una norma esencialmente garantista, ya que pretende una progresividad en el reconocimiento y la garantía de los derechos ciudadanos en materia de salud.
- b) En su categoría de Ley Estatutaria, establece un derecho social fundamental con base en los lineamientos de la Constitución de 1991 y el Bloque de Constitucionalidad.

De esta manera, la Ley Estatutaria de Salud en Colombia, generó un marco de protección al consagrar como derecho fundamental a la salud y de esta manera, genera unos mínimos básicos para su estricto cumplimiento.

Así mismo, la norma referida determina una mayor claridad para las condiciones de acceso a los servicios de salud, en el entendido que deberán ser integrales, igualitarios y sin barreras administrativas, regulando el tema de precios a los medicamentos en toda la cadena de producción y distribución, hasta garantizar el suministro al consumidor final, obligaciones que deben ser asumidas por el Estado.

El denominado sistema de salud, con base de los antecedentes legislativos consagrados de manera secuenciadas en las Leyes 10 de 1990; 100 de 1993 y la Ley 1751 de 2015, establece unos niveles de complejidad para la atención médica correspondiente que a continuación serán desarrollados

### **1.3 Niveles de Complejidad de Atención Médica**

Por medio del Decreto 1760 de 1990, en Colombia se establecieron las diferentes denominaciones para los Niveles de Complejidad y Niveles de Atención en la prestación del servicio de la salud, con el objeto de brindar una mayor cobertura y eficacia. Para los objetivos trazados en la presente investigación expondremos los diferentes niveles de hospitales que conforman su infraestructura.

Cuando el sistema hace referencia a hospitales, estamos frente a establecimientos públicos y/o privados, encargados de prestar el servicio de la salud incluyendo el cuidado médico y quirúrgico de las personas que acuden a sus servicios especializados, en tanto presentan algún tipo de afectación de salud en su organismo. Como ya se mencionó, estas instituciones de salud están divididas por Niveles de Complejidad de Atención Médica, de acuerdo a su capacidad para prestar la atención necesaria y adecuada de manera eficiente conforme a las necesidades que demanden los beneficiarios del sistema.

La complejidad de estas instituciones de salud, permite categorizarlas en hospitales de primer, segundo, tercer y hasta cuarto nivel cuya caracterización es la siguiente:

*Primer nivel:* Son establecimientos de salud que brindan atención primaria, esto es, atención ambulatoria y se dedican a la atención, prevención y promoción de la salud. Se consideran instituciones de salud de primer nivel de atención médica a los centros de salud,

consultorios médicos, dispensarios y unidades de medicina familiar, entre otros.

*Segundo Nivel:* Son instituciones médicas que tienen como principal característica el contar con un área de hospitalización y un servicio de urgencias abierto las 24 horas del día. Los hospitales correspondientes a este nivel, son conocidos también como hospitales de nivel intermedio, en donde también se presta servicios de apoyo a diagnóstico como pruebas especiales de laboratorio clínico y radiología.

*Tercer Nivel:* Los hospitales de tercer nivel, son centros médicos de alta complejidad y especializados para la atención de problemas de salud que requieren tecnología avanzada y aparatología especializada.

En los mencionados hospitales de tercer nivel, la atención está dirigida a pacientes referidos por los otros niveles (primero y segundo), que presentan patologías que requieren atención de alta complejidad diagnóstica y de tratamiento.

Para el caso de Colombia, la competencia para determinar las instituciones prestadoras de salud (IPS), consideradas de alta complejidad corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social.

*Cuarto Nivel:* Son establecimientos de salud de complejidad alta con infraestructura y personal capacitado para brindar atenciones complejas a los pacientes. La principal característica está representada en la máxima complejidad, pero de mínima cobertura. Son establecimientos muy similares a los hospitales de tercer nivel.

Es preciso señalar que todos los niveles de atención referidos, son establecidos y caracterizados por el Decreto 1760 de 1990, concretamente en sus artículos 7, 8 y 9 con excepción de los Hospitales de Cuarto Nivel. A continuación, haremos especial énfasis en los Hospitales de Tercer Nivel, por constituir elemento fundamental de la presente investigación.

#### **1.4 Hospitales de Tercer Nivel**

Como ya se ha mencionado con anterioridad, los hospitales de tercer nivel son las instituciones médicas de referencia en las ciudades principales del país donde se remiten pacientes de hospitales regionales, así como

pacientes de hospitales de primer y segundo nivel ante la necesidad de dispensarles tratamientos especializados y complejos.

Así mismo, estas entidades cuentan con profesionales de la salud altamente capacitados como: enfermeros, médicos generales, especialistas en cardiología, dermatología, psiquiatría, neurología, reumatología, ginecología, traumatología, entre otras especialidades de la medicina. El personal médico de estas entidades se encuentra altamente capacitado para brindar un servicio integral y de alta calidad a cada uno de los pacientes.

Los hospitales de tercer nivel, así como los categorizados de cuarto nivel, en virtud de su nivel de especialización, cuentan con un médico especialista y así mismo con la participación del médico general, para realizar la correcta actuación médica y poder diagnosticar de la manera más adecuada posible las afectaciones que padecen los usuarios. Adicional al personal médico exigido, dichas instituciones médicas deberán contar con unidades especiales que requieren una infraestructura avanzada en neurocirugía, unidad renal, unidad de cuidados intensivos y altos avances tecnológicos en laboratorio, imágenes diagnósticas como TAC (tomografía axial computarizada), resonancia magnética entre otros.

Para los fines previstos de la presente investigación, en la ciudad de Bogotá es posible encontrar los siguientes hospitales de tercer nivel:

- Fundación Santa Fe de Bogotá
- Hospital Universitario Clínica San Rafael
- Fundación Hospital de la Misericordia
- Fundación Abood Shaio
- Hospital de San José
- Clínica Juan N Corpas LTDA
- Fundación Cardioinfantil Instituto de Cardiología

- Clínica Reina Sofía
- Clínica Universitaria Colombia
- Hospital Universitario de la Samaritana
- Clínica de Marly
- Hospital Universitario San Ignacio
- Clínica del Country IPS
- Clínica del Occidente S.A.
- Fundación Hospital Infantil Universitario de San José
- Hospital Militar Central
- Hospital Universitario Mayor-Mederi
- Hospital Central Policía Nacional
- Administradora Clínica La Colina SAS
- Clínica Los Nogales SAS
- Unidad de Servicios de Salud Santa Clara
- Unidad de Servicios de Salud Simón Bolívar
- Unidad de Servicios de Salud el Tunal
- Unidad de Servicios de Salud Occidente de Kennedy

## **CAPÍTULO 2. LAS VERTIENTES BIOÉTICAS DE LA POSMODERNIDAD**

Se habló por primera vez de bioética en 1971 por Van Rensselaer Potter en su libro *Bioethics: bridge to the future*, siendo esta un neologismo en el lenguaje. En el texto referido, el autor engloba la "disciplina que combina el conocimiento biológico con el de los valores humanos". Así mismo, Hernández en su artículo sobre que es bioética indica que:

Warren Thomas Reich (1978) definió en el primer diccionario de esta materia, que la bioética es el estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y de la salud, analizados a la luz de los valores y principios morales. Sin embargo, este término genera confusión en algunas personas por su vaguedad, en otras, causa desde indiferencia hasta admiración. Hay quienes se preguntan para qué se refuerzan estas dos palabras que ya tienen un extenso significado polisémico en forma separada, ¿acaso la bioética es diferente de la ética? Obviamente no, la



bioética es una ética particular de situación(es). (Hernández, 2008, p.477)

En la actualidad, el término de bioética, abarca no sólo los aspectos tradicionales de la ética médica, sino que incluye la ética ambiental, con los debates sobre los derechos de las futuras generaciones, desarrollo sostenible, etc. La Bioética como ciencia de la supervivencia y saber interdisciplinar, conjuga los postulados axiológicos de la ética fundamentalmente en los conceptos de Bios (Vida) y Ethos (Ética).

La bioética como rama especializada de la ética,

Surgió a fines del siglo XX como reacción mundial contra los graves abusos del hombre y del planeta Tierra, por parte del hombre y de la biotecnología. Desde sus comienzos, la Bioética tiende a ser una nueva disciplina, una nueva forma de hacer ética, y viene buscando su 'Estatuto Epistemológico', lo que ha hecho buenos avances. Es un saber teórico-práctico, que implica diversas disciplinas, biológicas y éticas y las pone en diálogo epistemológico (dos formas de pensar que se conjugan para formar una nueva) con el fin de buscar y de tratar de encontrar caminos éticos de solución a algunos de los problemas planteados al hombre por las nuevas tecnologías." (Llano; 2009, p. 4)

El concepto de bioética, como ya se manifestó anteriormente, fue empleado inicialmente hacia la década de los años 70s por el oncólogo Van Raessenlaer Potter quien, a través de su ejercicio profesional e interacción con sus pacientes en fase terminal, interpretó la necesidad de generar una dinámica integral que involucre a familiares de los pacientes quienes también experimentaban secuelas o afectaciones de carácter emocional. Adicionalmente, porque dentro de la metodología del acto médico resultaba positivo involucrar al entorno familiar en la etapa de rehabilitación, no para la curación de la enfermedad catastrófica diagnosticada sino para brindar un tratamiento más humano y digno tanto al paciente como a su familia.

El Instituto Kennedy en los Estados Unidos de Norteamérica, entre los años 1970 y 1972 realizó formalmente las primeras publicaciones en Revista especializada, empleando el término bioética. Así mismo, fue hasta

1972 donde por primera vez una institución académica recurre al nuevo término: bioética. Este instituto fue creado por André Hellegers, el cual se nombró Instituto Kennedy de Bioética, en la Universidad Georgetown (Washington DC).

En este contexto analítico, el problema fundamental que pretende resolver la bioética está representado en la necesidad de generar un diálogo y convivencia armónica entre la biología, la medicina, los desarrollos tecnológicos y los derechos fundamentales en perspectiva de obtener beneficios para la humanidad, disminuyendo el riesgo de manipulación y desmejoramiento de las formas de vida planetaria, incluyendo la especie humana.

En el proceso de construcción la bioética presenta fundamentalmente tres grandes vertientes: principalista, personalista y utilitarismo científico, destacándose que en la actualidad la concepción más difundida a nivel universal es la primera.

En primer lugar, hablaremos de la vertiente *Principalista* que surge como consecuencia de la comisión Belmont, creada por el Congreso de los Estados Unidos con el objeto de analizar la presencia específica de patologías orgánicas y psicológicas en miembros de las fuerzas militares que retornaban al país luego de su participación en conflictos internacionales.

Los postulados o criterios orientadores de la precitada vertiente son los siguientes:

- a) **Principio de autonomía:** Este principio se basa en la capacidad de autodeterminación que tiene cada persona y en el derecho que le asiste como paciente a conocer la enfermedad y/o patología que

padece, incluyendo las expectativas de recuperación, pronóstico y alternativas a la hora de salvaguardar su integridad.

- b) **Principio de beneficencia:** Dicho apotegma está representado en todas las acciones humanas sean de carácter individual o colectivo, enfocadas a realizar el bien a todas las demás personas sin ningún tipo de discriminación de tal manera que genere el mayor beneficio común.
  
- c) **Principio de Justicia:** Inspirado en los ideales del pensamiento Aristotélico-Tomista de amplia difusión en la esfera del derecho, bajo la premisa universal de “dar a cada quien lo que le corresponde”, (ius: derecho; stare: estar en lo suyo). Este principio de justicia se refiere entonces a la obligación de igualdad en el acceso a los tratamientos y, en lo que respecta al Estado, a la equitativa distribución de recursos para el sistema sanitario, la infraestructura hospitalaria, la investigación científica, entre otros.
  
- d) **Principio de No maleficencia:** A partir de este paradigma, queda proscrito todo tipo de acción individual o colectiva, cuyo propósito fuere causar daño o perjuicio a cualquier manifestación de vitalidad humana, biodiversa o ecosistema.

En segundo lugar, se encuentra la bioética personalista, la cual se basa en la influencia de la religiosidad y la búsqueda de la dignidad humana, sus principales postulados son:

- a) **Defensa de la vida física:** “Subyace de la regla ética de defender la vida física como valor fundamental que antecede y prevalece a la propia salud, razón por la cual expresa la negativa a prácticas como eutanasia y aboga por aplicar cuidados paliativos a pacientes en fase terminal.” (López, 2019, p. 50)

- b) **Totalidad o terapéutico:** Se basa en que debe ser inherente a la condición humana el enfocar todos sus esfuerzos y los de la ciencia en la posibilidad de acceso a los pacientes paliativos, es decir agotar cualquier recurso para preservar la vida de los pacientes. Dentro de este postulado debe mencionarse el principio de chance, el cual puede ser definido como “aquellos casos en los que el agente dañante, con su actuación u omisión, ha interrumpido un proceso con el que la víctima tenía probabilidades de conseguir una ganancia o evitar una pérdida, por encontrarse en la situación idónea para ello.” (Crespo, 2009, p. 119), es decir, que en caso de que llegue un paciente y este tenga una posibilidad de sobrevivir, por más mínima que sea deben agotarse todos los recursos para salvar su vida.
- c) **Libertad y responsabilidad:** Todas las acciones de las personas deben orientarse a preservar el bien común y establecer un equilibrio entre el hombre y la naturaleza, pues debe tenerse en cuenta que nuestra libertad termina donde comienza la de nuestros semejantes, por tanto, surge una responsabilidad frente a las otras personas, frente a sí mismo y, ante todo, a la propia vida, a la vida de los otros hombres y de los otros seres sintientes vivientes.
- d) **Sociabilidad-solidaridad:** Expresa que las acciones estatales buscan prevenir, conservar y restablecer la biodiversidad, consultando no sólo los intereses propios, sino también los inherentes a la comunidad internacional.

Así mismo, determina el imperativo ético para los profesionales de la salud y todas las personas a ser partícipes en la realización del prójimo, generando un vínculo de unidad y comunión respetuosa particularmente con los más débiles e indefensos.

Por último, pero no menos importante se encuentra la orientación del utilitarismo científico, basado en el indebido uso de la ciencia, avanzando en detrimento del ser humano, pues no la usa con el propósito de buscar un beneficio, ni mejorar la calidad de vida, sino en el transhumanismo que busca modificar la condición humana para crear seres humanos perfectos generando alteraciones en el genoma y violando los Derechos Fundamentales.

Dentro de esta postura se enmarcan dos tipos de medicina: La primera denominada prospectiva, la cual busca de una manera científica y regulada predecir enfermedades que se puedan presentar en el futuro para poder prevenirlas y tratarlas con antelación. La segunda de carácter perfectivo, pretende generar desarrollos que no van orientados a mejorar o evitar enfermedades, sino a la búsqueda de la perfección y el mejoramiento de la raza en el ser humano.

Conforme a la metodología señalada en la presente investigación, expuestas de manera genérica las bases de la bioética procederemos a desarrollar el marco normativo regulatorio del Consejo Nacional de Bioética.

### **CAPÍTULO 3: ESTRUCTURA, ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL CONSEJO NACIONAL DE BIOÉTICA**

#### **3.1 Marco normativo del Consejo Nacional de Bioética**

A partir de la expedición de la Constitución Política de 1991, surgen importantes mecanismos de protección de derechos fundamentales, como aconteció con la denominada Acción de Tutela y paralelamente, la creación de un cuerpo colegiado judicial del más alto nivel encargado de preservar la integridad de la Carta Política y del ordenamiento jurídico, vale decir, la Corte Constitucional habida cuenta que su rápido procedimiento y su

informalidad revolucionaron la comprensión de los derechos generando una gran apropiación por parte de la ciudadanía.

El objetivo principalismo de la Acción de Tutela, es contribuir a hacer efectiva la protección de los derechos fundamentales de los ciudadanos y las personas que se consideren vulnerados en sus derechos, especialmente lo concerniente a la prestación eficaz y oportuna del servicio público esencial de la salud, en perspectiva de proteger la vida humana.

Por otra parte, la Corte Constitucional fue instaurada para mantener la autonomía de la Constitución Política frente a otras fuentes del derecho, como la ley en sentido amplio, entre otras, otorgándole la debida prevalencia y la función de garante por parte de la alta corporación, no solamente de los plexos normativos internos, sino también de los tratados de derecho internacional suscritos por el Estado Colombiano y que se incorporan a través del Bloque de Constitucionalidad.

En materia de salud pública, existen algunos convenios suscritos y ratificados por Colombia entre los cuales se destaca los siguientes:

- Convenio “*Hipólito Unanue*”, sobre Cooperación en Salud de los países del Área Andina y mejoramiento del nivel de vida de los habitantes de esta subregión, firmado en la ciudad de Lima el 18 de diciembre de 1971
- Convenio de cooperación en salud suscrito entre los gobiernos de Colombia, Ecuador y el Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue (CONHU), suscrito el 28 de noviembre de 2002
- Enmienda a la constitución de la organización mundial de la salud OMS - modificación a los artículos 24 y 25 adoptada por la 51a asamblea mundial de la salud del 12 de marzo de 1998

- Constitución de la Organización Mundial de la Salud en el marco de la conferencia internacional de la salud de Naciones Unidas suplemento de la 45a edición, octubre de 2006, entre otros.

Así las cosas, resulta importante resaltar que Colombia hace parte de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y dicho estamento multilateral tiene como propósito salvaguardar el cuidado y respeto de los Derechos Humanos.

En temas relacionados con la Bioética existen agencias especializadas que velan por el cumplimiento de sus postulados como sucede actualmente con la UNESCO, estamento internacional que propende que los avances científicos sean empleados en beneficio de la dignidad humana y la calidad de vida de las personas. Así fue como el día 19 de octubre de 2005 fue adoptada por unanimidad la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos, en la Conferencia General de la UNESCO, con la participación de representantes de 191 países.

La influencia determinada por los anteriores instrumentos, generó la necesidad de expedir un Código de ética para la profesión de la medicina, profiriéndose la ley 23 de 1981 que aun cuando antecede a la Constitución de 1991 constituye un marco regulatorio para el ejercicio de la profesión médica, así como para proteger a los beneficiarios en la prestación del servicio de salud.

Posteriormente un Grupo de Médicos Expertos presentan un Documento preparado como proyecto de ley que busca la reforma al Código de Ética Médica Ley 23 de 1981, “Por el cual se dictan normas ético disciplinarias para el ejercicio de la Medicina en Colombia y se dictan otras disposiciones”, plantearon ciertas disposiciones diferentes al texto original, pero manteniendo el objetivo principal de proteger la vida de las personas. A título de ejemplo, el artículo 1 del proyecto mencionaba lo siguiente:

Ética profesional y la deontología en el campo de la Medicina, con el fin de que el ejercicio médico en Colombia cumpla los requisitos de ética y calidad para beneficio de las personas y de la colectividad; crea y define los tribunales competentes para investigar y juzgar sus violaciones, señala el procedimiento, las faltas y las sanciones correspondientes. (Proyecto Código de Ética Médica, 2010).

En esta trazabilidad cronológica, se expidió el Decreto 1101/2001 (Presidencia de la República de Colombia, 2001), disposición que creó la Comisión Intersectorial de Bioética, dividida en dos subcomisiones: La primera, encargada de analizar las implicaciones del genoma humano y la reproducción asistida.

La segunda, revisó el tema relacionado con el daño ecológico ocasionado por la fumigación de los cultivos ilícitos, emitiendo pronunciamientos sobre estos asuntos.

El trabajo de la Comisión Intersectorial de Bioética ha sido apoyado por la Comisión Nacional de Cooperación de la UNESCO, delimitando una agenda de cooperación en materia de bioética durante el periodo 2008-2011.

Acto seguido, el Congreso de la República promovió el proyecto de ley 320 de 2008 y posteriormente, promulgó la Ley 1374/2010 por medio de la cual se creó el Consejo Nacional de Bioética y en su artículo segundo, párrafo establece como uno de sus principios lo siguiente: “a) La prevalencia, indivisibilidad y la inviolabilidad de los derechos humanos y de las garantías fundamentales, según lo contemplado en la Constitución Política y en los acuerdos internacionales firmados por el país.”

De esta manera, el CNB fue establecido mediante La Ley 1374 de 2010 "*Por medio de la cual se crea el Consejo Nacional Bioética y se dictan otras disposiciones*", como organismo asesor y consultivo del Gobierno



Nacional, con el fin de propender el establecimiento de un diálogo interdisciplinario para formular, articular y resolver los dilemas que plantea la investigación y la intervención sobre la vida, la salud y el medio ambiente, así como la construcción e implementación de políticas en los asuntos referentes a la Bioética.

Con base en dicho marco normativo, corresponde verificar la intervención del CNB en los casos de mala práctica médica que se hubieren presentado en los Hospitales de tercer nivel, ubicados en la localidad de Kennedy durante el periodo comprendido entre 2016 a 2020, toda vez que el artículo tercero de la ley 10 de 1990 categorizó la prestación del servicio de salud de la siguiente manera: “el primer nivel de atención, que comprende los hospitales locales, los centros y puestos de salud; (...) segundo y tercer nivel de atención que comprende los hospitales regionales, universitarios y especializados”.

### **3.2 Funciones, estructura y organización (datos actualizados, quien preside e integrantes, demás)**

Ahora bien, haciendo énfasis en la Entidad objeto de estudio, al CNB por medio de la ley 1374 de 2010 le fueron dadas las siguientes funciones:

- a. Elaborar y expedir su propio reglamento, incluyendo su régimen de inhabilidades e incompatibilidades.
- b. Asesorar a las diferentes Ramas del poder público del Estado, de orden Nacional, Departamental, Municipal y órganos de control en los asuntos referentes a la Bioética;
- c. Conceptuar y asesorar en la reglamentación de los diferentes aspectos de la Bioética suscitados por el avance de las ciencias y la tecnología.

d. Convocar, según sea la afectación de los interesados, a miembros de la sociedad civil o de otros sectores, con reconocido conocimiento del tema a abordar, para que representen, según sea el caso, la diversidad étnica, cultural, religiosa, de géneros, o de comunidades específicas.

e. Desarrollar reflexiones éticas sobre los aspectos de las ciencias y la tecnología que considere de relevancia proponer ante el gobierno nacional o que el mismo Gobierno Nacional solicite.

f. Elaborar estudios y relatorías acerca de los conflictos éticos existentes en el campo de la salud o que tengan importancia para la preservación de la vida humana, de la relación del ser humano con el medio ambiente o de acceso a los avances y progresos del conocimiento en las áreas de la salud.

g. Emitir conceptos sobre las implicaciones bioéticas de aspectos emergentes o persistentes que tengan o puedan llegar a tener impacto en la vida humana, en la calidad de vida o en el medio ambiente o que afecten o puedan afectar la pluralidad de género, étnica, religiosa y cultural.

h. Desarrollar acciones tendientes a la promoción de la educación en bioética y a la participación de la sociedad en el debate de temas relacionados.

i. Proponer acciones para a divulgación y promoción de la Bioética a nivel Nacional, Departamental y Municipal, lo que incluye la realización de foros sobre temas específicos de interés o la edición y publicación de sus propuestas o recomendaciones, entre otras.

j. Asesorar al Gobierno Nacional en la política de Bioética, mediante la cual las organizaciones públicas y privadas apliquen la Bioética como un elemento fundamental de la organización.

Se dispuso que el CNB estaría conformado en forma permanente por un mínimo de quince (15) miembros de la sociedad civil, designados por el presidente de la República entre ternas propuestas por los organismos que participen en el proceso para su conformación.

De esta manera el Decreto reglamentario 384 del 8 de marzo de 2017 definió la constitución de las 15 ternas de la siguiente manera:

“4.1. Tres (3) ternas compuestas por investigadores con experiencia profesional no inferior a diez (10) años, así: Una (1) terna de expertos en las áreas científicas de ingenierías y tecnologías o de las ciencias exactas; una (1) terna de expertos en ciencias de la salud; Una (1) terna de expertos en ciencias naturales, ambientales, agrícolas o veterinarias. La condición de profesional deberá demostrarse mediante el título académico correspondiente. La condición de investigador será como mínimo la correspondiente al de investigador asociado de acuerdo con el modelo de medición establecido por Colciencias.

4.2. Tres (3) ternas compuestas por investigadores con experiencia profesional no inferior a diez (10) años, así: Una (1) terna de expertos en ciencias económicas, administración, contaduría y afines; una (1) terna de expertos en antropología, sociología, trabajo social, ciencia política, filosofía, historia, derecho, geografía y psicología y afines; y una (1) terna de expertos en ciencias de la educación, periodismo y comunicaciones, lingüística y afines. La condición de profesional deberá demostrarse mediante el título académico correspondiente. La condición de investigador será como mínimo la correspondiente al de investigador asociado de acuerdo con el modelo de medición establecido por Colciencias.

4.3. Cinco (5) ternas compuestas por profesionales o investigadores expertos en bioética. La condición de experto deberá acreditarse mediante título de posgrado en bioética y experiencia en bioética por un término no inferior a seis (6) años; o mediante título profesional en cualquier área y experiencia docente, investigación en bioética o mediante la participación en tribunales, comisiones o comités de ética por un término no inferior a diez (10) años.

4.4. Cuatro (4) ternas compuestas por miembros de organizaciones de la sociedad civil, con experiencia certificada no inferior a diez (10) años en proyectos implementados de desarrollo social o comunitario, en la dirección de organizaciones sociales o comunitarias relacionadas con su campo de pensamiento y

moralidad, así: Una (1) terna de personas que representen los diversos campos del pensamiento o diversidad ideológica, una (1) terna de personas que representen las diferentes moralidades y dos (2) ternas de personas que representen la diversidad étnica y cultural del país. La experiencia deberá demostrarse mediante certificación(es) de las organizaciones, legalmente constituidas, donde se haya desempeñado.”

Adicionalmente las Entidades que deseen postular candidatos también deberán cumplir ciertos requisitos que son:

1. Estar legalmente constituidas.
2. Haber desarrollado actividades en los últimos cinco (5) años relacionadas en el área que se postule.
3. Tener una existencia legal no inferior a diez (10) años.
4. Postular solo un candidato para una única terna e indicar expresamente la terna para la cual lo postulan.
5. Seleccionar el candidato a través de su respectiva Junta Directiva o el órgano que haga sus veces.
6. Allegar en los términos de la convocatoria los requisitos y documentos del pos-tulante que designen.

**Parágrafo.** Los candidatos postulados por las organizaciones no podrán tener ante-cedentes disciplinarios, fiscales y penales.

Así, mediante Resolución No. 0314 del 28 de abril de 2017 se ordena la apertura de la Convocatoria Pública para conformar las ternas del Consejo Nacional de Bioética - CNB de acuerdo a los términos de referencia establecidos por el Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación - Colciencias - que iba dirigida a todas las organizaciones de la sociedad civil legalmente constituidas, que cuenten con más de diez (10) años de ejercicio desde su creación, podrán presentar candidatos para conformar las ternas que se enviarán al Presidente de la República para luego realizar un proceso de selección que se encuentra reglamentado en el mismo Decreto antes mencionado.

Y por último el artículo 12 de este Decreto 384 de 2017 estableció un periodo de cada consejero será de cuatro (4) años, contado a partir de la designación que le hiciere el presidente de la República, permitiendo tan

solo una reelección. La composición del CNB será renovada cada dos (2) años, en uno y dos tercios.

La entonces Ministra de Ciencia, Tecnología e Innovación, Mabel Gisela Torres, lideró en Bogotá la instalación del Consejo Nacional de Bioética- CNB, un compromiso adquirido ante la UNESCO al suscribir la Declaración de Bioética del 2005.

Por tal motivo, fueron designados por medio de la Resolución 1011 del 05 de octubre de 2017 que ordeno publicar el Banco Definitivo de Candidatos Elegibles de la Convocatoria 780 de 2017 como miembros del Consejo Nacional de Bioética, de las ternas conformadas por los organismos de la sociedad civil participantes del proceso de convocatoria adelantado por Colciencias (Hoy Ministerio de Ciencia y Tecnología e Innovación), las siguientes personas:

1. De la terna propuesta para designar un investigador en las áreas científicas de ingenierías y tecnologías o de las ciencias exactas, a:

- Edgar Eduardo Quiñones Bolaños
- Universidad de Cartagena
- Facultad de Ingeniería
- Director del Doctorado en Ingeniería

2. De la terna propuesta para designar un investigador en ciencias de la salud, a:

- Constanza Eugenia Ovalle Gómez
- Universidad El Bosque
- Coordinadora Departamento de Bioética

**3.** De la terna propuesta para designar un investigador en ciencias naturales, ambientales, agrícolas o veterinarias, a:

- Alba Marina Cotes Prado
- Corporación Colombiana De Investigación Agropecuaria Agrosavia

**4.** De la terna propuesta para designar un investigador en ciencias económicas, administración, contaduría y afines, a:

- Liliana Alejandra Chicaiza Becerra
- Universidad Nacional de Colombia
- Facultad de Ciencias Económicas
- Profesora Titular

**5.** De la terna propuesta para designar un investigador en antropología, sociología, trabajo social, ciencia política, filosofía, historia, derecho, geografía, psicología y afines, a:

- Diana Roclo Bernal Camargo
- Universidad Colegio Mayor Nuestra Señora Del Rosario
- Profesora Titular de la Facultad de Jurisprudencia
- Co- directora de la Especialización en Derecho Médico Sanitario.

**6.** De la terna propuesta para designar un investigador en ciencias de la educación, periodismo y comunicaciones, a:

- Juny Montoya Vargas
- Universidad De Los Andes
- Directora Centro De Ética Aplicada

**7.** De las ternas propuestas para designar cinco (5) profesionales o investigadores en bioética, a:

- Cesar Augusto Serrano Novoa
- Universidad Cooperativa de Colombia
- Director Seccional Bucaramanga
  
- Julia Sandra Bernal Crespo
- Universidad Del Norte Catedrática
  
- Nohora Estella Joya Ramírez
- Universidad Militar Nueva Granada
- Docente Investigadora Doctorado en Bioética Facultad de Educación y Humanidades.
  
- Nora Helena Riani-Llano De La Cruz
- Clínica Versailles- Gerente Científica
  
- Santiago Henao Villegas
- Universidad Ces. Jefe De Posgrados, Facultad De Medicina Veterinaria Y Zootecnia

**8.** De la terna propuesta para designar un miembro de la sociedad civil que represente los diversos campos del pensamiento, diversidad ideológica, moral y étnica, a:

- Luz Janeth Forero Martínez
- Secretaria de Seguridad, Convivencia y Justicia de Bogotá
- Subsecretaria de Seguridad y Convivencia

**9.** De la terna propuesta para designar un miembro de la sociedad civil que represente diferentes moralidades, a:

- Luis Guillermo Restrepo Jaramillo
- Universidad Católica de Manizales
- Docente Asociado Doctorado en Educación

**10.** De las ternas propuestas para designar dos (2) miembros de la sociedad civil que representen la diversidad étnica y cultural del país, a:

- Danilo Villafaña Torres
- Confederación Indígena Tayrona
- Jesús Córdoba Murillo
- Asociación Nacional de Estudiantes Afrocolombianos – Asnea.

#### **CAPITULO 4. ANÁLISIS JURISPRUDENCIAL**

<b>FORMATO DE ANALISIS JURISPRUDENCIAL</b>	
<b>CORPORACIÓN</b>	Corte Suprema de Justicia
<b>RADICADO</b>	SC12947-2016
<b>FECHA</b>	15 de septiembre de 2016
<b>MAGISTRADO PONENTE</b>	Margarita Cabello Blanco
<b>HECHOS RELEVANTES</b>	
<p>1. La demandante debido a su estado de embarazo y para cumplir con los controles prenatales pertinentes, acudió a la Aseguradora de Vida Colseguros S.A., E.P.S., empresa a la que se encontraba afiliada. Allí se le asignó un profesional de la salud, quien, el 9 de febrero de 1999, con vista en una ecografía practicada, conceptúo que tanto la situación de la actora como la de la criatura en gestación eran buenas.</p>	



2. El 13 del mismo mes y año, de manera inesperada, la señora presentó un fuerte dolor de abdomen que la obligó a asistir a la Clínica Country, habiendo sido atendida por otra profesional de la salud, diferente a quien se le asignó. Dicha profesional, previa comunicación con el médico de cabecera, quien la venía tratando, concluyó que la paciente padecía gastritis aguda y le ordenó la aplicación de una ampolleta de 'ranitidina'.
3. Ante la persistencia del dolor, la demandante, el 15 de los mismos mes y año, se comunicó con su médico y al manifestarle la situación que padecía, dicho galeno decidió remitirla con un experto gastroenterólogo, quien dispuso que tomara algunas tabletas. El padecimiento se intensificó, por lo que la demandante volvió al profesional señalado y luego de los análisis pertinentes conceptúo que padecía una 'gastritis crónica Antrocorporal Superficial Leve', patología que, sin embargo, no tenía relación con el sufrimiento que soportaba la paciente, motivo por el cual determinó la práctica de algunos exámenes y la toma de 'buscapina'.
4. Como el suplicio no solo continuaba y solo había aumentado, el día 20 de febrero de 1999, la accionante acudió, de nuevo al gastroenterólogo (ultimo médico que la reviso), habida cuenta que su médico de cabecera se encontraba fuera de la ciudad.
5. En las horas de la noche de éste último día, nuevamente, tuvo que asistir de urgencias a la Clínica Country y, por la ausencia de su médico de cabecera, fue atendida por un ginecólogo de turno, quien luego de los respectivos análisis y exámenes, dedujo que la accionante padecía Preclamsia con inminencia de eclampsia, lo que generó un procedimiento, para "desembarazarla", trayendo consigo, de manera inevitable, un neonato prematuro al extremo,

con daño visual de por vida (ceguera total), a causa de una Retinopatía del Prematuro. Posterior a la intervención, el dolor que padecía la señora Martha Doris desapareció.

#### **ACTUACIÓN PROCESAL**

1. La parte demandante, en un comienzo, presentó dos demandas cuyo trámite, dada sus características, debió surtirse bajo las reglas propias del procedimiento ordinario. Una de ellas fue conocida por el Juzgado 18 Civil del Circuito de Bogotá, la otra, por el 38 de la misma especialidad, categoría y ciudad. Por decisión del primero de los funcionarios, ambas causas fueron acumuladas fue remitido al Juzgado Diecinueve Civil del Circuito de Bogotá.
2. La demandante solicitó se les condenara a los demandados (profesionales de la salud quienes la atendieron), al pago de la indemnización correspondiente, a título de daños materiales y morales, a razón de una actuación negligente y el descuido en la atención prestada.
3. Como medio de defensa de los demandados, formularon excepciones que llamaron “Inexistencia de la responsabilidad contractual; Inexistencia de la relación de causalidad; Inexistencia de los elementos propios de la responsabilidad; Ocurrencia de una causal exonerativa de responsabilidad; hecho de la víctima e Inexistencia de solidaridad” Adicionalmente se llamó en garantía a la sociedad Seguros Colpatria y a la Aseguradora Colseguros S.A
4. El 11 de noviembre de 2011, el a-quo decidió, en un solo fallo, la controversia involucrada en las dos causas litigiosas, habiendo declarado responsables, únicamente, a la médica profesional que la atendió el día 13 de 1999 y la Aseguradora de vida Colseguros

S.A., Entidad Promotora de Salud –Colseguros E.P.S.-, por consiguiente, las condenó al pago de los daños reclamados. A los restantes accionados los absolvió.

5. Ambas partes recurrieron en apelación la sentencia proferida y, el ad-quem, a través de la resolución de 13 de septiembre de 2012, la revocó y, contrario a lo dispuesto por el juez de primer grado, negó la totalidad de las pretensiones y, por tanto, liberó a todos los demandados de responsabilidad.
6. Ante la decisión adoptada por el Tribunal acusado, los accionantes presentaron recurso de casación. Esta impugnación fue admitida por la Corte.

#### **PROBLEMA JURÍDICO**

¿La entidad prestadora del servicio de salud y los profesionales de la salud, realizaron el diagnóstico y el procedimiento adecuado para garantizar la vida e integridad de la paciente y su hijo?

#### **RATIO DECIDENDI**

La Corte Suprema de Justicia, frente a la responsabilidad médica describe un escenario en donde resaltan los mismos elementos de toda acción resarcitoria y, por supuesto, cuando se ha infligido daño a una persona, surge el deber de indemnizar.

Los agentes de la salud o establecimientos hospitalarios no están exentos, entonces, de ser llamados a responsabilizarse del detrimento generado. Desde luego, igual que acontece en los otros eventos donde se dan las circunstancias para reconocer perjuicios, cuando en desarrollo de actividades vinculadas a la sanidad de los pacientes, ya sea por negligencia o impericia, se les afecta negativamente en su salud, surge, de manera simultánea, el compromiso del agente dañino de enmendar el

daño ocasionado, siempre y cuando se acrediten los restantes elementos de la responsabilidad.

Por otro lado, no puede olvidarse que el Tribunal tuvo como razón determinante del desafortunado resultado de la enfermedad del niño, el hecho de que sus padres no lo llevaron a debido tiempo a los controles ordenados. Según lo analizó el fallador, a la tercera semana debió asistir a consulta, sin embargo, sus progenitores acudieron solo hasta la sexta, circunstancia definitiva en la pérdida de la vista.

Así las cosas, ante el requerimiento de definir la responsabilidad de un profesional de la medicina o del establecimiento hospitalario, la carga probatoria tendiente a acreditar los elementos de la misma queda subsumida, en línea de principio, en las reglas generales previstas en los artículos 1604 del C.C. y 177 del C. de P.C., en otros términos, debe ser asumida por parte actora.

Las determinaciones judiciales aluden a lo que podría considerarse a qué parte le asiste el compromiso de acreditar la culpa del presunto causante del daño, es decir, a aquella que en mejores condiciones se encuentra para acreditar los elementos de la responsabilidad pretendida; en todo caso, la exoneración proviene no de las afirmaciones o de las negaciones que sostenga la parte o de si el hecho es o no conocido; hipótesis que sí acontece en la normatividad invocada por el accionante (art. 177 C. de P.C.)

Referente a la intervención de dichos médicos en la evolución de la enfermedad del niño, para el Tribunal no había incurrido en ninguna responsabilidad, habida cuenta que la enfermedad estaba en sus inicios 'era latente', y, además, otros expertos atenderían al menor. Ahí, en esa percepción, anida el error endilgado al fallador.

### **ANALISIS PERSONAL**

Desde el punto de vista personal, nos encontramos parcialmente de acuerdo con el fallo de la Corte y el Tribunal. Ya que, si bien por parte de la demandante no fue posible probar de manera efectiva que se causó un daño permanente en la salud y bienestar del menor, no se niega que dicha afectación se dio y la sufre el niño y con él, su entorno familiar.

Es decir, estamos de acuerdo frente a la postura probatoria, no se puede dar por ciertos hechos sin probarlos, pero tampoco se puede desmentir el daño y afectación a la vida y salud del menor, los cuales podría haber sido detectados y tratados con un adecuado diagnóstico por parte de los médicos que atendieron a la demandante.

Sin embargo, nos parece importante tener en cuenta que a la paciente se le indicó un tiempo exacto de control médico para el menor, sin embargo, los progenitores de éste, decidieron asistir a dicho control con semanas de retraso. Si bien no es posible probar en qué momento o con que actuar se ocasionó el daño a la salud del menor, si podemos concluir que esta desafortunada situación se dio por la suma de varias actuaciones tardías y negligentes por ambos extremos de la litis.

### **FORMATO DE ANALISIS JURISPRUDENCIAL**

<b>CORPORACIÓN</b>	Corte Suprema de Justicia
<b>RADICADO</b>	SC 9193-2017
<b>FECHA</b>	28 de junio de 2017
<b>MAGISTRADO PONENTE</b>	Ariel Salazar Ramírez
<b>HECHOS RELEVANTES</b>	
<p>1. El 19 de junio de 2007 a las 7:50 horas la demandante asistió a control prenatal en la Clínica Colombia siendo primigestante con 39 semanas de embarazo, visita en la que se le encontró una “actividad uterina irregular” y se le indicó que volviera en una</p>	

semana. Ella regresó al día siguiente por urgencias al mismo centro hospitalario debido a que presentaba un dolor punzante en la región lumbar, irradiado a la pierna derecha y dolor abdominal, no se le realizó revisión a la actividad uterina ni tacto vaginal, el médico tratante solo le aplicó una ampolla de diclofenaco y un analgésico para el malestar indicando que se trataba de un dolor lumbar.

2. Sin embargo la demandante continuó con un dolor que se incrementaba y decidió acudir nuevamente ese día 20 de junio de 2007 a las 16:01 horas indicando que tenía ausencia de movimientos fetales asociada a dolor periumbilical y vómitos, se hizo un tacto que evidenció trabajo de parto activo con dilatación de 3-4 cm, esto con el dolor manifestado era una clara señal de sufrimiento agudo y los médicos aun así decidieron continuar con el trabajo de parto natural sin hacer un monitoreo fetal aun cuando era evidente la necesidad de una extracción inmediata por medio de cesárea.
3. Finalmente, el 21 de junio a las 00:27 horas se produjo el parto vaginal eutócico con líquido amniótico meconiado (meconio reciente); nace flácido, sin patrón respiratorio, cianótico y poco reactivo a estímulos externos. Realizan soporte con máscara y ventilación con presión positiva, ante lo cual no hubo mejoría, por lo que se procedió a intubación orotraqueal y masaje cardíaco, observándose una muy lenta recuperación del esfuerzo respiratorio, la frecuencia cardíaca y el tono. Presentó Apgar de 3, 6 y 8 a los 10 minutos. El menor nacido presentaba “cordón umbilical teñido de meconio más meconio reciente” lo que significaba que el parto fue atendido de manera tardía por los médicos de la EPS Sanitas a pesar de las reiteradas veces que la gestante se acercó solicitando atención.

4. El recién nacido presentó sufrimiento fetal grave, con acidosis metabólica severa, encefalopatía hipóxico-isquémica perinatal, todo ello constatado por el test de Apgar además de lesiones hemorrágicas del parénquima cerebral, esto fue corroborado por el diagnóstico emitido el 6 de julio de 2007 por el neuropediatría, quien confirmó que el neonato sufrió asfixia perinatal y hemorragia intracraneana occipital derecha y áreas corticales frontoparietales, con convulsiones neonatales, todo ello enmarcado dentro de la encefalopatía hipóxica.
  
5. Al menor se le dio de alta el 8 de julio de 2007 en muy mal estado de salud, con dependencia de oxígeno permanente, hipertensión pulmonar, medicamentos anticonvulsivos, hipotonía y, en general, con compromiso neurológico severo que retrasó su desarrollo global, presentando convulsiones permanentes y reiteradas, lo que hacía necesario el traslado urgente y reiterado a diferentes clínicas y hospitales, así como a consultas permanentes a los diferentes especialistas, en pediatría, neumología, otorrinolaringología, gastroenterología, neurología, fisioterapia, etc., situación que lo dejó dependiendo de terapias permanentes. Además, quedó con graves secuelas de tipo neurológico, tales como encefalopatía hipóxica isquémica, parálisis cerebral de tipo cuadriplejía espástica, retraso cognitivo, epilepsia de diferentes tipos, entre ellas síndrome de West, daños en la visión nivel central, dificultades para dormir y comer, apnea del sueño, etc.

#### **ACTUACIÓN PROCESAL**

1. Los demandantes interpusieron demanda ordinaria de responsabilidad civil contra la EPS Sanitas.

2. La parte demandada formuló como excepciones la ausencia de carga probatoria de la demandante; cumplimiento de las obligaciones establecidas en las normas legales vigentes por parte de la EPS Sanitas; inexistencia de la obligación indemnizatoria porque la EPS Sanitas no dispensó la atención en salud que se aduce fue la causante del daño; ausencia de responsabilidad y de culpa por parte de la EPS; indebida tasación de perjuicios; fuerza mayor y prescripción.
3. El Juez de primera instancia frente al análisis de las pruebas concluyó que no existen elementos de juicio para demostrar la culpa de la entidad demandada, pues, aunque se presentó actividad uterina irregular no hay certeza de que este signo indicara que debía hacerse una expulsión inmediata. Además, argumentó que, teniendo dos opiniones expertas, una de un neurólogo pediátrico que indicaba que si existió un signo de sufrimiento fetal y otra de un ginecólogo que indicó que los síntomas de la paciente no conducían a inferir un trabajo de parto real, da más credibilidad a la segunda por ser una especialidad más relacionada con el objeto de la controversia. Finalmente consideró que el personal médico actuó de conformidad con la *lex artis*, por lo que no puede decirse que hubo culpa en la atención dispensada a la usuaria.
4. Frente a la decisión del *aquo* la parte actora apeló, aduciendo que en la historia clínica es verificable que la usuaria presentaba actividad uterina irregular y se presentó en tres ocasiones a la clínica y aun así no se le prescribió ningún procedimiento para verificar su estado y esta negligencia del personal médico trajo como consecuencias los graves e irreversibles daños que sufrió el menor, tales como paraplejía, retraso cognitivo e imposibilidad de caminar y de habla. Además el neuroterapeuta manifiesta que la



falta de movimientos fetales indicaba un sufrimiento del nasciturus por disminución de la capacidad de oxígeno en el cerebro y la demandante no se explica cómo el Juez de 1ra instancia restó credibilidad al concepto del referido galeno siendo este considerado el mejor neuropediatría de América Latina.

5. El Tribunal Superior de Bogotá ratificó la decisión de primer grado por considerar que no hay prueba de la culpa de la entidad demandada, al igual que el aquo consideró que el testimonio del ginecólogo genera más convicción por su especialidad y porque el mismo neuropediatría reconoció que el tema de discusión no es su especialidad. Además, indicó que no fue sino hasta el tercer día que la paciente presenta factores de riesgo, cuando se le hicieron los exámenes pertinentes, por lo que no se puede endilgar negligencia en la atención.
6. La parte demandante interpuso recurso extraordinario de casación con base en una infracción indirecta de la norma sustancial por error en la apreciación conjunta de las pruebas.

#### **PROBLEMA JURÍDICO**

¿Es responsable patrimonialmente la EPS Sanitas por la negligencia del personal médico que trajo como consecuencias los graves e irreversibles daños que sufrió el menor, tales como paraplejía, retraso cognitivo e imposibilidad de caminar y de habla?

#### **RATIO DECIDENDI**

La Corte considera que el ad quem no basó sus criterios de valoración probatoria no se sustentaron en las reglas de la sana crítica, por lo que su sentencia no tuvo una motivación razonada, pues a este solo le bastó la opinión de uno de los expertos que además se encuentra vinculado a la Clínica acusada de la negligencia ocurrida y que presentó inconsistencias en sus respuestas al interrogatorio, sin tener en cuenta la

evidencia científica, la historia clínica y el concepto bien fundamentado del otro médico especialista con reconocida y amplia experiencia.

El conocimiento científico afianzado en la materia así como las normas técnicas del Ministerio de Salud coinciden en que sí era posible detectar factores de riesgo indicativos de sufrimiento fetal, con el fin de prevenir secuelas neurológicas por asfixia del neonato en el trabajo de parto, además, lo adecuado según los estándares de la medicina es la valoración del nivel de riesgo del embarazo y del bienestar del feto, con el fin de evitar un sufrimiento por parto prolongado, para lo cual se debe proceder a la inmediata realización de la operación cesárea.

Indica la Corte que a partir de la constitucionalización de la salud y la entrada en vigencia del sistema general de seguridad social en salud y del sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención en salud, ésta es un derecho superior de los habitantes del territorio, que se patentiza en los resultados constatables y medibles en el servicio eficaz que reciben los usuarios o destinatarios finales del sistema. Es cierto que la atención de calidad es una obligación que las entidades y agentes del sistema general de seguridad social en salud tienen que cumplir de manera progresiva, y son las Entidades Promotoras de Salud las responsables de cumplir la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud.

Frente a la excepción de fuerza mayor o caso fortuito perpetrada por la parte demandada manifiesta la Sala que quedó demostrado en el acervo probatorio que el daño a la salud del menor no fue un hecho imprevisible, pues los síntomas anteriores al parto que presentó la paciente eran una clara señal de sufrimiento fetal.

Por lo tanto, la Corte llega a la conclusión de casar y en sentencia sustitutiva decide revocar la sentencia dictada por el Juzgado Primero Civil del Circuito de Descongestión de Bogotá y condenar a la EPS demandada a pagar determinadas sumas de dinero a los demandantes junto con las costas del proceso en primera y segunda instancia.

#### **ANALISIS PERSONAL**

Desde el punto de vista personal es compartida la decisión adoptada por la Honorable Corte, ya que en esta instancia si se tuvo una adecuada valoración probatoria que tanto el aquo como el ad quem habían pasado por alto, omitiendo importantes situaciones que evidenciaban que el menor cuenta actualmente con un estado de salud precario a causa de una falla en el servicio ocasionada por la negligencia del cuerpo médico que atendió las reiteradas solicitudes de atención que realizó la madre gestante.

#### **FORMATO DE ANALISIS JURISPRUDENCIAL**

<b>CORPORACIÓN</b>	Corte Suprema de Justicia
<b>RADICADO</b>	SC003-2018
<b>FECHA</b>	12 de enero de 2018
<b>MAGISTRADO PONENTE</b>	Luis Armando Tolosa Villabona

#### **HECHOS RELEVANTES**

1. La demandante, en calidad de beneficiaria del Plan Obligatorio de Salud, aquejada de dolencias físicas, con pérdida del conocimiento, acudió a la sección de urgencias el 21 de mayo de 2003, al Hospital San Rafael, donde se registró "*cuadro clínico de cefalea dolor emicraneo (sic.) derecho con dissesias en MSD (miembro superior derecho) evento súbito, asociado a sensación vertiginosa*", con un diagnóstico de "*crisis de ansiedad y migraña clásica*", y tratamiento con medicamentos.

2. Persistiendo el dolor, el 22 de mayo de 2003, asistió a Compensar E.P.S., diagnosticándose *“migraña clásica”*, se le recetó analgésico, ansiolítico y vitamina.
3. El 26 de mayo de 2003, ingresó al Hospital San José, *“por cuadro de 8 días de evolución”*, dado por estado de inconsciencia, precedido de *“tinnitus”* y acompañado de disminución de la *“fuerza y sensibilidad del hemicuerpo derecho, alteración del campo visual”*. En el diagnóstico, padecía de síndrome motor sensitivo, esclerosis múltiple y accidente cerebrovascular; y en los exámenes, hallazgos de infarto subagudo de la porción interior de la arteria cerebral posterior izquierda.
4. La valoración equivocada desde el comienzo y la omisión de ordenar pruebas complementarias, dejó como secuela trombosis con déficit para la movilidad del miembro superior derecho, persistencia del defecto del campo visual izquierdo y discapacidad de tipo neurológico.

#### **ACTUACIÓN PROCESAL**

1. La demandante solicitó se declarara la responsabilidad médica, y como consecuencia, condenar a pagar a su favor los perjuicios materiales, fisiológicos y perjuicios morales causados.
2. La parte demandada se opuso a las pretensiones, aduciendo identidad de diagnósticos y ausencia de signos de focalización o déficit neurológico en el cuadro clínico presentado por la profesional de la salud quien atendió a la paciente, aunque sí intenso dolor tolerable, lo cual no ameritaba realizar exámenes complementarios ni valoración especializada.

3. El fallo de primera instancia fue emitido por el Juzgado 32 Civil del Circuito Piloto de Oralidad de Bogotá, el 16 de julio de 2013, desestima las súplicas, por cuanto al incumplir la parte actora con la carga de demostrar la culpa médica, debía seguirse que la prestación del servicio de salud “fue la idónea”.
4. La demandante apela la decisión, manifestando que las pruebas acopiadas acreditaban la “oportuna y eficiente atención”, en punto de la específica cefalea presentada, todo con sujeción a los protocolos al efecto exigidos en la “literatura científica”.
5. La sentencia de segunda instancia confirmó la providencia apelada, manifestando que la demandante no acreditó la culpa médica ni la relación de causalidad, las cuales son necesarias para que prosperara una declaración de responsabilidad de la parte demandada.
6. La parte demandante interpuso recurso extraordinario de casación el fallo del Tribunal, alegando que la Sala incurrió en errores de hecho al apreciar las pruebas.

#### **PROBLEMA JURÍDICO**

¿El inadecuado diagnóstico y el irregular procedimiento generaron la estructuración de un daño antijurídico y por ende una carga no exigible en la persona afectada?

#### **RATIO DECIDENDI**

La Corte manifiesta de manera inicial que el recurso se resolverá siguiendo las directrices del Código de Procedimiento Civil, de esta manera la Corte entra a examinar si el Tribunal, al apreciar los elementos de juicio singularizados, no tuvo por acreditado, estándolo, la culpa galénica y la relación de causalidad.

Se llega a la discusión que la prestación del servicio de salud se halla atada al principio de benevolencia o no maledicencia, según el cual, en general, los distintos agentes involucrados deben contribuir al bienestar y mejoría de los pacientes o de los usuarios del sistema. Por lo mismo, los profesionales del ramo, se encuentran ligados a una obligación ética y jurídica de abstenerse de causar daño, como desarrollo del juramento hipocrático, el cual impone actuar con la diligencia debida y luchar por la mejoría y el bienestar de los pacientes y de la humanidad entera, para evitar así el dolor y el sufrimiento.

Así mismo, en virtud del principio de beneficencia o de benevolencia, los galenos deben actuar promoviendo el mejor interés o beneficio de sus pacientes; esa determinación reposa en la convicción de que el médico posee una formación y conocimientos de los que el paciente carece, por lo cual está facultado para decidir lo más conveniente para este, pudiendo prescindir de su opinión.

Por ende, causada una lesión o menoscabo en la salud, con ese propósito, el afectado debe demostrar como elementos axiológicos integradores de la responsabilidad médica la conducta antijurídica, el daño y la relación de causalidad entre éste y aquélla, así como la culpabilidad, según la naturaleza de la responsabilidad (subjettiva u objetiva) o de la modalidad de las obligaciones de que se trata (de medio o de resultado).

Es posible determinar que, para la Corte a historia clínica, en sí misma, no revela los errores médicos imputados a los demandados., así que, el problema, surge al no haberse asociado o inferido que los síntomas sufridos por la demandante, desde el comienzo, eran unos “mismos” y correspondían a una cefalea de carácter secundario. No obstante, atribuida la dolencia, el 21 de mayo, a una “crisis de ansiedad y migraña clásica”, y el 22 de mayo, a una “neurosis ansiosa y migraña

clásica”, en últimas, a una especie de cefalea primaria, debía seguirse que tanto el diagnóstico inicial, como el tratamiento aplicado, fueron inadecuados, surgiendo así la responsabilidad médica demandada.

Con mérito de lo expuesto, la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, NO CASA la sentencia de 4 de diciembre de 2013, proferida por el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá, Sala Civil.

### **ANALISIS PERSONAL**

Desde el punto de vista personal, compartimos la decisión de la Corte Suprema de Justicia en razón de que el recurso de casación se interpuso por una presunta violación a la Constitución Política y Ley 100 de 1993 principalmente, ya que el Tribunal en segunda instancia incurrió en errores de hecho al valorar las pruebas, lo cual se deja claro en las consideraciones de la Corte que la parte actora no logro demostrar la culpa medica que ella alegaba desde su demanda inicial.

Sin embargo, no estamos de acuerdo con el actuar médico frente al caso de esta paciente, ya que si bien no demostraba grandes signos de alarma para remitirla a los debimos exámenes médicos, si era el deber de cada profesional de la salud que la atendió y brindó sus conocimientos, prestar mayor atención y cuidado al padecimiento que manifestaba la mujer, aún más, cuando en el transcurrir de menos de una semana la paciente acudió a diferentes centros médicos con la misma dolencia.

Queda claro con esté caso en particular que, pese a los hechos fácticos desafortunados que efectivamente sufrió la mujer, sino es posible probar la negligencia y descuido del profesional médico, no es posible alegar un daño a la salud e integridad por parte de estos, es en este punto donde se diferencia la realidad a la verdad procesal.

<b>FORMATO DE ANALISIS JURISPRUDENCIAL</b>	
<b>CORPORACIÓN</b>	Consejo de Estado - Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera Subsección B
<b>RADICADO</b>	25000-23-26-000-2005-01794-01 (40916)
<b>FECHA</b>	10 de abril de 2019
<b>MAGISTRADO PONENTE</b>	Alberto Montaña Plata
<b>HECHOS RELEVANTES</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Una paciente de sexo femenino que padecía afecciones de salud, luego de realizarse exámenes médicos ordenados previamente a una intervención quirúrgica, consistente en una histerectomía vaginal asistida por laparoscopia, con el pronóstico de tratarse de una intervención sin mayores complicaciones y de carácter ambulatorio.</li> <li>2. El 21 de julio de 2003, a las 9:00 a.m. la paciente ingresó a la clínica San Pedro Claver por sus propios medios y en compañía de su esposo. Fue hospitalizada desde ese momento. Posteriormente, entró a sala de cirugía, se le realizó un lavado quirúrgico del área lumbar y se le extrajo una muestra del útero para patología.</li> <li>3. Durante el procedimiento, sin que los médicos se percataran, a la paciente se le perforó el recto. Finalizado dicho protocolo, fue enviada a recuperación a las 17:35 horas y a las 18:15 horas la paciente presentó cuadro febril por lo que se le suministraron calmantes sin determinar la causa.</li> <li>4. A las 8:00 A.M del día siguiente, la paciente fue valorada y se trasladó a RX, presentó evolución tórpida con abdomen agudo y</li> </ol>	



manifestó sentirse ahogada. A las 9:00 a.m. se instaló una sonda nasogástrica, acompañado de drenaje y proceso de hidratación.

5. A las 10:50 a.m. se trasladó a sala de cirugía para una nueva intervención donde se encontró una perforación del recto de aproximadamente 1cm en la cara lateral izquierda, a 3cm del rebote peritoneal. Se le realizó drenaje de peritonitis, rama del recto con puntos separados y sutura del peritoneo. Posteriormente, la paciente fue trasladada a cuidados intensivos donde falleció aproximadamente a las 14:00 horas del 22 de julio de 2003.

#### **ACTUACIÓN PROCESAL**

1. Los familiares de la paciente presentaron demanda en ejercicio de la acción de reparación directa, para que se declarara responsable a la Empresa Social del Estado Luis Carlos Galán Sarmiento (Clínica San Pedro Claver), por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento de la señora por la negligencia y el descuido con que se le prestaron los servicios médicos en la intervención quirúrgica.
2. La demanda fue admitida por el Tribunal Administrativo de Cundinamarca mediante Auto de 12 de agosto de 2005.
3. En la contestación de la demanda la E.S.E. Luis Carlos Galán Sarmiento se opuso a las pretensiones, aduciendo que no era cierto que la cirugía fuera de carácter ambulatorio; por el contrario, incluía un riesgo de lesión de vasos arteriales, lesiones intestinales y lesiones de otros órganos abdominales, por lo cual se le había informado de tales riesgos a la paciente, quien suscribió un documento de consentimiento informado respecto de los mismos. Señaló que la muerte de la paciente se derivó de una inadecuada

respuesta inflamatoria, se manifestó que se prestaron todos los cuidados necesarios y recursos técnicos para la atención de la paciente.

4. Mediante Sentencia de 18 de agosto de 2014, la Sección Tercera - Subsección "B"- del Tribunal Administrativo de Cundinamarca accedió parcialmente a las pretensiones de la demanda. La razón de la decisión se basó en que el daño debía calificarse como antijurídico, toda vez que, si bien la laparoscopia conllevaba un riesgo de lesión intestinal, la detección de la lesión se pudo haber logrado con una idónea atención postoperatoria. Sin embargo, la misma fue diagnosticada tardíamente.
5. La entidad demandada presentó recurso de apelación, en el que solicitó que se revocara la sentencia y se negaran las pretensiones, con fundamento en el Decreto 3202 del 24 de agosto de 2007 el Gobierno Nacional ordenó la supresión y liquidación de la Empresa Social del Estado Luis Carlos Galán Sarmiento y se designó como liquidadora a la Fiduagraria S.A. Como consecuencia, la orden de liquidación constituyó una causal de fuerza mayor que impedía continuar ejecutando el objeto social de la E.S.E. y, dados los efectos propios del proceso liquidatorio, no se podían iniciar nuevos procesos judiciales sin notificar de los mismos al liquidador.
6. Por Auto del 13 de julio de 2016, el despacho admitió la apelación interpuesta por la parte demandada contra la sentencia de primera instancia y, mediante providencia de 23 de mayo de 2017 se presentaron los alegatos de conclusión a cargo de las partes, manteniendo los argumentos esgrimidos en primera instancia.

7. Mediante providencia del 7 de febrero de 2018, se declaró como sucesor procesal de la extinta E.S.E. Luis Carlos Galán Sarmiento al Ministerio de Salud y Protección Social

#### **PROBLEMA JURÍDICO**

¿El inadecuado diagnóstico y el erróneo procedimiento desarrollada por la Entidad Prestadora del servicio de Salud, constituye o estructura un daño antijurídico que la paciente no tenía la obligación de soportar?

#### **RATIO DECIDENDI**

La Sala orienta su decisión en razón del daño consistente en la pérdida de oportunidad de sanar a la paciente, ya que se trató de la vulneración a un interés legítimo que tenía la víctima, en este caso, la posibilidad de rehabilitación, que, conforme a la tesis de pérdida de oportunidad, constituye un beneficio dejado de percibir, toda vez que su deceso se produjo como consecuencia de una complicación posterior a la intervención quirúrgica.

Desde el punto de vista probatorio, resultó determinante el informe pericial del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses del 24 de febrero de 2009, donde se manifestó que el manejo postoperatorio fue irregular, y con fundamento en dicha experticia se atribuyó responsabilidad a la entidad demandada.

Así mismo, también se acreditó un actuar negligente de la Clínica San Pedro Claver, pues de haber realizado una valoración y diagnóstico oportuno de la lesión sufrida en la cirugía, se *“hubiera facilitado el lavado peritoneal más inmediato y la instauración de una antibioticoterapia más rápida con un manejo de UCI más orientado y adecuado”*, que, si bien no garantizaba el deceso o la muerte de la paciente, hubiere significado una oportunidad de corregir la patología detectada.

De esta manera, se establece que el daño consistente en la pérdida de oportunidad de sanar, aunque no resulta posible científicamente determinar si la paciente se iba a salvar o no. Sin embargo, de las pruebas que obran en el expediente, se logró acreditar que de haberse detectado a tiempo la complicación, habría contado con una posibilidad importante, suficiente y relevante para haber superado la complicación médica. Esta posibilidad fue truncada por el actuar negligente de la entidad demandada, estructurando la falla en la prestación del servicio de salud, debido a un manejo postoperatorio irregular.

La Sala decide modificar la Sentencia de 18 de agosto de 2010, proferida por el Tribunal Administrativo de Cundinamarca - Sección Tercera - Subsección B, la cual declara responsable al MINISTERIO DE SALUD Y DE PROTECCIÓN SOCIAL, como sucesor procesal de la E.S.E. LUIS CARLOS GALÁN SARMIENTO, por los perjuicios ocasionados a los familiares de la víctima y del daño ocasionado a la paciente quien falleció.

Así mismo, la Sala en su fallo impuso una sanción pecuniaria a título de perjuicios materiales, en la modalidad de lucro cesante al MINISTERIO DE SALUD Y DE PROTECCIÓN SOCIAL a los familiares de la víctima.

#### **ANALISIS PERSONAL**

Desde el punto de vista personal se comparte la decisión adoptada por el Consejo de Estado debido a que la responsabilidad derivada de la actividad médica, está considerada como una responsabilidad de medios y no de resultados y queda evidenciado probatoriamente que en el caso los recursos y procedimientos no fueron utilizados de manera adecuada. También encontramos razonable la consideración según la cual, la manifestación de consentimiento informado no constituye

automáticamente una circunstancia que exonere de eventual responsabilidad.

<b>FORMATO DE ANALISIS JURISPRUDENCIAL</b>	
<b>CORPORACIÓN</b>	Corte Suprema de Justicia
<b>RADICADO</b>	SC3367-2020
<b>FECHA</b>	21 de septiembre de 2020
<b>MAGISTRADO PONENTE</b>	Octavio Augusto Tejeiro Duque
<b>HECHOS RELEVANTES</b>	
<p>1. Un paciente de género masculino de 40 años afiliado a la EPS FAMISANAR LTDA tras presentar dolor abdominal localizado desde el 11 de noviembre de 2004, previa valoración médica y diagnóstico de “colecistitis - colecistitis aguda” el 16 de noviembre de 2004 se le practicó una “colecistectomía por laparoscopia” en la Clínica CAFAM.</p> <p>2. Al día siguiente fue sometido a una «Laparotomía Exploratoria de Revisión»; luego se remitió a la Unidad de Cuidados Intermedios de la Clínica del Occidente S.A., por «sospecha de trombo embolismo pulmonar», allí permaneció entre el 17 y el 20 de noviembre cuando fue trasladado a una habitación.</p> <p>3. El 24 de noviembre acudió a cita de revisión a la Clínica CAFAM por dolor abdominal, vómito y náuseas, ante lo cual le recetaron ibuprofeno, luego el 26 de noviembre regreso por los mismos dolores y un médico distinto descartó sospecha de trombo embolismo y sugirió seguir investigando un cuadro de bacteriemia que estaba apareciendo; sin embargo el paciente continuó con dolores por lo que el 28 de noviembre acudió al servicio de urgencias de la Clínica de Occidente pues presentaba escalofrío,</p>	

taquicardia y deshidratación, le practicaron radiografía de abdomen que mostró «íleo paralítico muy complicado» para lo cual le prescribieron medicamentos y lo remitieron a su casa.

4. El paciente no mejoraba, por lo que fue hospitalizado en la Clínica CAFAM entre el 29 y 2 de diciembre, luego el 9 de diciembre fue nuevamente por consulta externa manifestando que había perdido 20 kilos debido a que solo se le estaban suministrando alimentos líquidos intravenosos, el médico manifestó que era normal y le dio orden para regresar en un mes sin practicar ningún examen.
5. Continuó con dolor abdominal, vómito, entre otros por lo que el 16 de diciembre acudió al Hospital La Victoria E.S.E. donde al practicar una placa abdominal descubrieron un shock séptico, lo que hizo necesario su traslado el 17 de diciembre a la Clínica San Rafael donde se le practicó un TAC abdominal que determinó una «sepsis de origen abdominal, causada por una perforación en el intestino delgado ileal y yeyunal», producida un mes antes en la «Colecistectomía Laparoscópica» que nunca fue detectado y para ese momento ya contaba con peritonitis abdominal, abdomen abierto y las mínimas probabilidades de vida, razón por la que el 27 de diciembre fallece a causa de un shock séptico de origen abdominal.

#### **ACTUACIÓN PROCESAL**

1. Los demandantes, familiares del fallecido paciente interponen recurso ordinario de responsabilidad civil contra FAMISANAR Ltda. EPS, caja de Compensación Familiar CAFAM y Clínica del Occidente S.A., y concurrió como llamada en garantía Aseguradora Colseguros S.A.

2. Las demandadas excepcionar entre otras cosas inexistencia de responsabilidad contractual, de nexo causal y de obligación de indemnizar. Adicionalmente, por separado, Clínica del Occidente S.A. y Caja de Compensación Familiar CAFAM, llamaron en garantía a la Aseguradora Colseguros S.A. quien formuló como defensa «límites derivados de las condiciones generales y particulares de la póliza y la ley», «límite de la responsabilidad del asegurador» y «ausencia de responsabilidad del asegurador».
3. El Juez de primera instancia en sentencia de 22 de agosto de 2011 declaró prósperas las excepciones de ausencia de responsabilidad y no probados los presupuestos sustanciales de la responsabilidad civil contractual y extracontractual, en consecuencia, negó las pretensiones de la demanda.
4. Los demandantes apelaron y el ad quem confirmó la decisión indicando que las demandadas no fueron negligentes pues su diagnóstico de «cálculo de la vesícula biliar con colecistitis aguda» fue a tiempo para realizar la cirugía y durante su estadía en los centros hospitalarios se le practicaron exámenes e ingesta de medicamentos brindando una continuidad en la prestación del servicio. Indica que las molestias presentadas por el paciente después de su intervención no tienen sustento probatorio de ser síntoma de una perforación intestinal y de acuerdo a Medicina Legal esta no necesariamente pudo ser producida por la cirugía además de que se practicaron los exámenes pertinentes por los síntomas respiratorios del paciente, lo que hizo que le practicaran la segunda intervención quirúrgica.
5. Los actores interpusieron recurso extraordinario de casación con base en una violación indirecta por aplicación indebida de la ley sustancial.

<b>PROBLEMA JURÍDICO</b>
¿La muerte presentada a causa de un shock séptico, fue producto de la negligencia de las accionadas en las fases de diagnóstico o tratamiento del paciente?
<b>RATIO DECIDENDI</b>
<p>La Corte manifiesta que aunque los demandantes anexan certificado de defunción donde se indicó como causa principal de la muerte una «falla orgánica múltiple/ sepsis origen abdominal/ choque séptico / SDRA» este documento no es una prueba fehaciente de la negligencia generadora de culpa que pretenden demostrar contra las demandadas, pues la causa de muerte y el manejo quirúrgico no son hechos controvertidos en el proceso, sino si el deceso del paciente se debió a culpa de los profesionales de la salud que lo atendieron en las fases de diagnóstico y tratamiento.</p> <p>Frente a la hipótesis de que la lesión yeyunal se causó en las intervenciones quirúrgicas quedó desvirtuada con las declaraciones rendidas por médicos y especialistas al indicar que podía tener varias causas y no existía error en el diagnóstico ni existía omisión en los exámenes practicados y con solo la descripción general de dicho procedimiento no se puede discutir su idoneidad.</p> <p>Manifestó la Sala que el estudio patológico realizado frente a la causa de la perforación Medicina Legal señaló que «los hallazgos microscópicos descritos informe histopatológico (...) son inespecíficos y no orientan hacia una etiología (causa) que explique la perforación de la úlcera yeyuno ileal» por lo tanto el argumento de los demandantes sobre que se pudo determinar la causa con un examen está basado en apreciaciones personales, e indicó además que el mejor procedimiento para detectar alguna complicación luego de una intervención en el</p>



abdomen era la laparotomía exploratoria, que fue precisamente la realizada al día siguiente de la primera intervención.

Por último, frente a una negligente atención hace especial énfasis en que la Clínica CAFAM durante la hospitalización realizada el 30 de noviembre de 2004 brindó adecuada atención médico hospitalaria al paciente para el manejo del «ileo adinámico» diagnosticado el 28 de noviembre como un síntoma normal de recuperación en ese tipo de intervenciones.

Finalmente la Corte NO CASA la sentencia de 8 de febrero de 2012, proferida por la Sala Civil del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá y ordena el pago de costas a cargo de la recurrente en casación y a favor de las accionadas Clínica del Occidente S.A. y EPS FAMISANAR LTDA.

#### **ANALISIS PERSONAL**

Desde el punto de vista personal se comparte la Corte Suprema de Justicia debido a que la responsabilidad derivada de la actividad médica, está considerada como una responsabilidad de medios y no de resultados y en este caso de acuerdo con el acervo probatorio es claro que las entidades demandadas cumplieron con su deber de atención y con la llamada *lex artis* durante todo el proceso que llevó el paciente, aunque lamentablemente no se pudo evitar su deceso, contrario sensu los demandantes no lograron probar las pretensiones que deseaban hacer valer ni la causalidad entre la muerte del paciente y una negligencia en el procedimiento y diagnóstico.

## 5 ALTERNATIVA DE SOLUCIÓN

La alternativa viable de solución a la problemática planteada, estaría integrada por las siguientes acciones:

1. Proponer un modelo organizacional y de funcionamiento acorde con el modelo de descentralización administrativa, estableciendo sedes regionales para el CNB que en todo caso conservaría la competencia desde el nivel central.

El esquema postulado encuentra su soporte jurídico en el artículo 209 de la Constitución Política (Función administrativa) y los desarrollos contenidos en la ley 489 de 1998.

2. Redefinir las competencias del CNB, circunscribiendo su intervención a los casos clínicos y de intervención médica con mayor trascendencia bioética.

En este sentido de manera enunciativa y no limitativa, proponemos abordar casos específicos de IVE (Interrupción voluntaria del embarazo); eutanasia; manipulación genética y TRHA (Técnicas de reproducción humana asistida).

3. Adoptar estrategias tendientes a fortalecer los mecanismos de prevención, control, inspección, vigilancia e investigación administrativa sancionatoria a cargo de otras entidades como el Ministerio de Salud y Protección Social, la Superintendencia de Salud Pública y la propia Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.
4. Proponer que, en las mallas curriculares de los programas oficialmente aprobados para el programa profesional de Derecho,

sea incluida como asignatura obligatoria la cátedra de Bioética y Derecho.

5. Así mismo, tendría importante trascendencia, fortalecer y consolidar la política pública sobre salud y protección social plasmada en el documento CONPES 3992 y complementarios, especialmente en el componente de prevención y atención en los regímenes subsidiado y contributivo.
6. Paralelamente, contribuye eficazmente a la solución del problema el diseño de estrategias pedagógicas a cargo del CNB que propendan por la generación de una cultura solidaria y de respeto a los derechos fundamentales.
7. Conforme a las funciones legalmente atribuidas al CNB, agotadas las instancias previas de prevención y pedagogía a cargo del CNB, con la participación activa tanto de la Secretaría de Salud de Bogotá, como de las instituciones prestadoras del servicio públicas o privadas.
8. De manera complementaria, deberá apelarse a los instrumentos sancionatorios más eficaces una vez sean agotadas las previsiones constitucionales y legales del debido proceso (artículo 29 Constitución Política).
9. A nivel de impacto esperado interno, la construcción de una línea de investigación específica sobre problemas bioéticos y bio-derecho y la cimentación de un semillero de investigación sobre este núcleo problemático.

## 6 CONCLUSIONES

Con base en el desarrollo de la presente investigación y el cumplimiento de los objetivos propuestos, establecemos como conclusiones las siguientes:

1. Existe una relación directa entre el Sistema General de Salud y de Seguridad Social en Colombia y la bioética, expresada en la necesidad de salvaguardar el respeto a los Derechos Humanos y en particular la vida y la salud de los ciudadanos.
2. El CNB debe intervenir de manera preventiva y oportuna en procura de evitar daños y perjuicios, derivados de la inadecuada praxis por parte de los profesionales de la salud.
3. Las políticas públicas que desarrolle el Estado colombiano en materia de promoción, prevención y atención en la salud, deben incorporar elementos propios de la bioética con la finalidad de generar una cultura institucional liderada por el CNB
4. El CNB debe aportar desde la perspectiva bioética, el suficiente nivel de intervención en cada uno de los casos presentados que comprometan la vida, salud y bienestar de algún paciente, particularmente en los casos derivados de una inadecuada praxis y/o negligencia médica.
5. No obstante, el marco de competencias general atribuido al CNB, resulta estratégico implementar modelos organizacionales como la descentralización y desconcentración de funciones, focalizando su intervención a los eventos más trascendentales desde el punto de vista bioético tales como IVE (Interrupción voluntaria del embarazo); eutanasia; manipulación genética y TRHA (Técnicas de reproducción humana asistida)
6. Con base en el estudio de casos e investigación realizada encontramos que el CNB no realizó ningún tipo de intervención que hubiese podido disminuir la ocurrencia de daños antijurídicos.

7. La línea jurisprudencial analizada mantiene la tendencia según la cual, el título de imputación jurídica por medio del cual se condena a la Nación como persona jurídica del Estado, está representado en la falta o falla en la prestación del servicio.
8. La responsabilidad derivada del inadecuado ejercicio de la actividad médica, sigue siendo considerada por regla general como una responsabilidad de medios y no de resultados, encontrando dentro de sus principales fuentes de causación el erróneo diagnóstico; las fallas asistenciales y los inadecuados tratamientos.
9. La intervención del CNB en los casos de inadecuada praxis es nula, corroborando así la hipótesis propuesta, en la cual se expone que dicha entidad no estaría cumpliendo de manera eficaz y eficiente con las funciones que le fueron asignadas por la Ley 1374 de 2010, haciendo especial énfasis en los hospitales de tercer nivel de Bogotá D.C. en el periodo comprendido entre 2016 a 2020.
10. Las alternativas de solución planteadas comienzan con la modificación al modelo organizacional y de funcionamiento que actualmente ostenta el CNB, sugiriendo un esquema de descentralización que permita la participación de actores sociales en donde estaría incluida la Academia.

## **7 REFERENCIAS**

### **7.1 DOCUMENTALES**

Agón López, J.G. (2017). Consentimiento informado y responsabilidad médica. Madrid: Editorial Wolters Kluwer España S.A.

Amaya, R. (2013). Democratización sin represión, excepción en el caso colombiano: el movimiento estudiantil de la Séptima Papeleta o Todavía podemos salvar a Colombia. *Revista de Derecho Público*, 30, 2–27.

Francisco Javier León Correa y Patricia (2015). Bioética en salud pública en y para América Latina. Santiago de Chile: FELAIBE.

Hernán López (2019). Bebés Medicamento: Salvamento parental o instrumentalización del ser humano. Editorial Académica Española

Hottois, G. y Parizeau, M. H. (1998). Diccionario de bioética. Lisboa: Instituto Piaget

Hernández, L. S. (2008). ¿Qué es la Bioética? Informe Médico, 10(8/9), 475–486.

Juan Carlos Lancheros Gámez (25 de mayo de 2011). La Constitución y los Derechos Humanos. Revista Semana

Lascariz Jiménez, Gerardo (2000). Mala praxis, responsabilidad del profesional en medicina. Costa Rica: Medicina Legal de Costa Rica.

Jorge Alfredo Zendejas Vásquez, Cirujano General (Abril-Junio 2017). Mala Praxis, distinción ético-legal. Medigraphic Vol. 39

Maria del Carmen Crespo (2009). Algunos aspectos problemáticos de la responsabilidad civil de los abogados en derecho español, Revista Chilena de Derecho Privado No. 12, pp. 101 - 133.

María Casado (2000). Estudios de bioética y derecho. Valencia: Tirant Lo Blanch.

Marsiglia Morales, E. (2015). La falla del servicio médico asistencial de urgencias en los hospitales y clínicas de Colombia: un

quebrantamiento permanente al principio bioético de no maleficencia. Bogotá: Universidad Pontificia Javeriana.

María Isabel Cornejo Plaza (2014). Naturaleza jurídica de las declaraciones Internacionales sobre Bioética, Barcelona: Revista de Bioética y Derecho Universidad de Barcelona.

Molina Montoya NP (2016). Formación bioética en ciencias de la salud. Bogotá: Cienc Tecnol Salud Vis Ocul.

Ministerio de Salud y Protección Social (2014). Aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá D. C., Colombia.

Mirela Ramos Muntada (2017). La importancia de la bioética. Bogotá

Nancy Lozano de Jinete y Myriam Sepulveda López (2008). Metodología de la investigación social y jurídica. Grupo Editorial Ibañez.

Norbey Quevedo H. y María Mónica Falla (04 de noviembre de 2014). En 14 meses 319 pacientes de tres EPS murieron, al parecer, por negligencia. El Espectador, Por redacción judicial.

Proyecto de reforma al Código de Ética Médica Documento preparado por el Grupo de Médicos Expertos para la reforma al Código de Ética Médica, Por el cual se dictan normas ético disciplinarias para el ejercicio de la Medicina en Colombia y se dictan otras disposiciones (Versión agosto de 2010). Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social

Pontificia Universidad Javeriana (15 d emayo de 2009). Revista Selecciones de Bioética N°15, mayo de 2009. Revista Selecciones

de Bioética, N° 15. ISSN 1657-8856 Instituto de Bioética-Cenalbe, Bogotá, D.C., Colombia, 2009.

Wilson Ruiz Orejuela (2011). Responsabilidad médica estatal. Colombia: Librería Jurídica Sánchez R.

Ximena Gonzales y Yesenia Peña (2007). Análisis socioeconómico de los proyectos de ley del gobierno para reformar la ley 100 de 1993. Bogotá.

## **7.2 Referencias legales:**

Constitución Política de 1991.

Asamblea General de las Naciones Unidas Declaración de Derechos Humanos (París) 10 de diciembre de 1948.

Congreso de la República De Colombia, Ley 10 de 1990, Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones. Enero 10 de 1990.

Congreso de la República De Colombia, Ley 100 de 1993, Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diciembre 23 de 1993.

Congreso de la República De Colombia, Ley 599 de 2000, Por la cual se expide el Código Penal, Diario Oficial No. 44.097 de 24 de julio del 2000.

Congreso de la República De Colombia, Ley 1751 de 2015, Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones, Febrero 16 de 2015.



Senado de la República De Colombia, Ley 23 de 1981 reglamentada por el Decreto 3380 de 1981, Por la cual se dictan normas en materia de ética médica, Febrero 18 de 1981.

Senado de la República De Colombia, Ley 1374 de 2010, Por medio de la cual se crea el Consejo Nacional de Bioética y se dictan otras disposiciones. Enero 08 de 2010.

Congreso de la República, Proyecto de Ley 010 de 2020, Por medio de la cual se dictan disposiciones orientadas a garantizar el derecho fundamental a la salud dentro del Sistema General de Seguridad Social, de conformidad con la Ley 1751 de 2015, y la sostenibilidad del Sistema de Salud (archivado el 19 de mayo de 2021)

Presidente de la República, Decreto 1760 de 1990, Por el cual se establecen y definen los niveles de atención, tipo de servicio y grados de complejidad. Agosto 02 de 1990.

Presidente de la República, Decreto 1101 de 2001, por el cual se crea la Comisión tersectorial de Bioética y se nombran sus miembros. Junio 07 de 2001.

Presidente de la República, Decreto 384 de 2017, por el cual se establecen los mecanismos y procedimientos de postulación y selección de los integrantes del Consejo Nacional de Bioética. Marzo 08 de 2017.

Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C, Decreto 507 de 2013, Por el cual se modifica la Estructura Organizacional de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D.C., Noviembre 06 de 2013.

Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación - COLCIENCIAS, Resolución No. 1011 de 2017, Por la cual se publica el Banco Definitivo de Candidatos elegibles de la Convocatoria 780 de 2017. Octubre 05 de 2017.

Secretaria Distrital de Planeación, Resolución 314 de 2017, Por la cual se concede un permiso para la localización de una planta transformadora de concreto. Marzo 10 de 2017

Concejo de Bogotá D.C, Acuerdo 20 de 1990, Por el cual se organiza el Sistema Distrital de Salud de Bogotá. Diciembre 08 de 1990.

Proyecto de reforma al Código de Ética Médica Documento preparado por el Grupo de Médicos Expertos para la reforma al Código de Ética Médica, Por el cual se dictan normas ético disciplinarias para el ejercicio de la Medicina en Colombia. Agosto de 2010.

### **7.3 Referencias jurisprudenciales:**

Consejo de Estado, Sala De Lo Contencioso Administrativo Sección Tercera, Sentencia 250002326000200300863 01 del 26 de agosto de 2015, Consejero Ponente: Hernán Andrade Rincón.

Consejo de Estado - Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera Subsección B, Bogotá D.C., 10 de abril de 2019, Consejero Ponente: Alberto Montaña Plata Radicación: 25000-23-26-000-2005-01794-01 (40916)

Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 26 de agosto de 2010. Magistrada Ponente: Ruth Marina Díaz, Expediente 4700131030032005-00611-01.

Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Penal, Sentencia del 11 de abril de 2012. Magistrado Ponente: Augusto J. Ibáñez Guzmán, Proceso No. 33920

Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Sentencia SC12947-2016, 15 de septiembre de 2016. Magistrado Ponente: Margarita Cabello Blanco. Radicación nº 11001 31 03 018 2001 00339 01.

Corte Suprema de Justicia, Sentencia SC 9193-2017, Bogotá D.C., 28 de junio de 2017. Magistrado Ponente: Ariel Salazar Ramírez. Radicación nº 11001-31-03-039-2011-00108-01

Corte Suprema de Justicia, Sentencia SC003-2018, 12 de enero de 2018. Magistrado Ponente: Luis Armando Tolosa Villabona. Radicación: 11001-31-03-032-2012-00445-01

Corte Suprema de Justicia, Sentencia SC3367-2020 Bogotá, D.C., 21 de septiembre de 2020, Magistrado Ponente: Octavio Augusto Tejeiro Duque, Radicación nº 11001 31 03 038 2006 00795 02.

Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá, Sala Civil, Sentencia del 25 de julio del 2020, Magistrada Ponente: Clara Inés Márquez Bulla, Radicación No. 110013103023 2017 00018 01.

#### **7.4 Web grafía:**

Alcaldía de Manizales, Secretaria de Salud. Conozca la Ley Estatutaria de Salud. Recuperado de: <http://manizalesalud.net/conozca-la-ley-estatutaria-de-salud/#:~:text=>

Red Colombiana contra el ataque cerebrovascular. Hospitales de tercer nivel: Características y beneficios. Recuperado de:

<https://www.recavar.org/hospitales-de-tercer-nivel-caracteristicas-y-beneficios>

MinCiencias. Convocatoria para conformar las ternas del Consejo Nacional de Bioética - CNB. Recuperado de: <https://minciencias.gov.co/convocatorias/investigacion/convocatoria-para-conformar-las-ternas-del-consejo-nacional-bioetica-cnb>

GeoSalud Su Sitio de Salud En la Web. Recuperado de: <https://www.geosalud.com/>

Tribunal Nacional de Ética Médica. Recuperado de: <https://www.tribunalnacionaldeeticamedica.org/>

Geo salud, sitio web en salud, Dra. Lidia Nora Iraola y Dr. Hernán Gutiérrez Zaldívar, Actualizado el 24 de agosto de 2018.

Instituto de estudios urbanos. Recuperado de <https://www.institutodeestudiosurbanos.info/endatos/0200/02-020-salud/docs/mnna.pdf>