

TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE CUNDINAMARCA
SECCIÓN TERCERA
SUBSECCIÓN "A"

Bogotá D.C., veintiocho (28) de agosto de dos mil veinticinco (2025)

Magistrada Ponente: **BEATRIZ TERESA GALVIS BUSTOS**

Ref. Expediente: 11001-33-36-037-2018-00294-01

Demandante: JAIME ALFREDO REALPE CASTILLO Y
OTROS

Demandado: HOSPITAL MILITAR CENTRAL

Fallo de segunda instancia
REPARACIÓN DIRECTA

Surtido el trámite de Ley, sin que se observe causal de nulidad que invalide lo actuado, procede la Sala a resolver el recurso de apelación interpuesto por la parte actora contra la sentencia proferida por el Juzgado Treinta y Siete (37) Administrativo del Circuito Judicial de Bogotá, el 27 de marzo de 2023, mediante la cual se negaron las pretensiones.

I. ANTECEDENTES

La demanda (fls. 10 a 44)

1. Los señores Jaime Alfredo Realpe Castillo y Jaime Andrés Realpe Coral, por intermedio de apoderado judicial, presentaron demanda de reparación directa en contra del Hospital Militar Central, con las siguientes pretensiones:

"I Que se declare patrimonialmente responsable al HOSPITAL MILITAR CENTRAL, por los perjuicios ocasionados a los familiares de la señora CLEMENCIA MERCEDES CORAL MARTINEZ (q.e.p.d), quien falleció el día 11 de julio de 2016, en el Hospital Militar.

II Como consecuencia de lo anterior, EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL, reconozca y acceda pagar a favor de los demandantes por los perjuicios causados, lo siguiente:

PERJUICIOS MORALES

1 Para el señor JAIME ALFREDO REALPE CASTILLO, quien actúa en nombre propio y en calidad de esposo de la víctima, el equivalente a CIEN (100) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes, a la fecha de la ejecutoria de la sentencia.

2 Para JAIME ANDRES REALPE CORAL, quien actúa en nombre propio y en calidad de hijo de la víctima, el equivalente a CIEN (100) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes a la fecha de la ejecutoria de la sentencia.

PERDIDA DE OPORTUNIDAD

1 Para los señores JAIME ALFREDO REALPE CASTILLO Y JAIME ANDRES REALPE CORAL, a título de pérdida de oportunidad de la recuperación de la salud de la señora CLEMENCIA MERCEDES CORAL MARTINEZ (q.e.p.d), el equivalente a CIEN (100) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes a la fecha de la ejecutoria de la sentencia, para cada uno .

2. Con fundamento, en síntesis, en los siguientes **hechos**:

2.1. El señor Jaime Alfredo Realpe Castillo y Clemencia Mercedes Coral Martínez (q.e.p.d.) contrajeron matrimonio católico el 7 de junio de 1991 en Bogotá, unión de la que se procreó al señor Jaime Andrés Realpe Coral.

2.2. El 11 de julio de 2016, hacia las 8:25 a. m., la señora Clemencia Mercedes Coral Martínez ingresó al servicio de urgencias del Hospital Militar Central con dificultad respiratoria, fiebre, debilidad en miembros inferiores y odinofagia.

2.3. En el TRIAGE inicial (clasificación 2 – urgencia vital) se registraron signos vitales que, según se alega, no correspondían a su estado real. Se ordenaron exámenes de laboratorio y radiografía de tórax que no se practicaron.

2.4. Aproximadamente a las 10:00 a. m., medicina familiar la encontró en malas condiciones generales, con sospecha de choque séptico, síndrome de dificultad respiratoria y posibles complicaciones infecciosas o metastásicas. Se ordenó traslado a reanimación y manejo urgente.

2.5. En sala de reanimación presentó paro cardiorrespiratorio; se realizaron maniobras avanzadas durante 48 minutos sin éxito, declarándose su muerte a las 10:53 a. m.

2.6. Se alega que, pese a su condición crítica, no recibió atención médica adecuada ni oportuna, pues requería manejo respiratorio y cardiovascular agresivo, vigilancia estricta e ingreso inmediato a reanimación (TRIAGE I), y no una permanencia expectante en observación.

Fundamentos de la demanda

3. La parte demandante indicó que la actuación del personal médico del Hospital Militar Central, en particular la del médico general que recibió a la señora Clemencia Mercedes Coral Martínez (q.e.p.d.), constituyó una conducta gravemente culposa, determinada por negligencia e incumplimiento de los deberes inherentes a la profesión, toda vez que se omitió la toma real de signos vitales, registrándose en la historia clínica valores que no correspondían a su verdadera condición clínica.

4. Manifestó que la atención fue tardía e inadecuada, pues la valoración por el especialista se realizó una hora y media después del ingreso, lo que incidió directamente en el agravamiento del cuadro clínico y en su posterior fallecimiento, sin que se ejecutaran las acciones médicas inmediatas y agresivas que su patología exigía.

5. Adujo que de acuerdo con los criterios técnicos del Ministerio de Salud para la clasificación y manejo de urgencias (TRIAGE I y II), la paciente debía recibir atención médica inmediata —no superior a treinta (30) minutos—, a fin de proteger su vida y su salud. El incumplimiento de tales protocolos aceleró el deterioro de su estado, provocando un desenlace fatal.

6. Expuso que la historia clínica y el concepto emitido por la doctora Andrea Carolina Buitrago Cadena evidencian la omisión en la valoración inicial, la ausencia de toma de signos vitales y la consignación de datos falsos, así como la tardanza en la atención, lo que contravino la Resolución 5596 de 2015 y la *lex artis*.

7. Agregó que se configuró también la **pérdida de oportunidad**, entendida como la privación definitiva de la probabilidad de curación o de un desenlace distinto, atribuible a la actuación negligente del personal médico. Aunque la paciente presentaba una condición de salud grave, contaba con una posibilidad real de sobrevivir si se le hubiera brindado una atención inmediata y acorde con su estado, la cual se frustró por la deficiente y tardía intervención, causando así un daño cierto e indemnizable.

Trámite Procesal en Primera Instancia

8. La demanda se radicó el 22 de agosto de 2018 y correspondió por reparto al Juzgado Treinta y Siete (37) Administrativo de Circuito Judicial de Bogotá que en auto del 29 de noviembre de 2018 inadmitió la demanda con el fin que se allegaran los registros civiles de nacimiento de los demandantes (fl. 13 a 15).

9. Una vez subsanado el yerro, por auto del 6 de febrero de 2019 se admitió la demanda y se ordenaron las notificaciones de rigor (fl. 20 y 21).

Contestación de la demanda

10. El **Hospital Militar Central** se opuso a la prosperidad de las pretensiones (fls. 36 a 39) al argumentar que el 11 de julio de 2016 la señora Clemencia Mercedes Coral Martínez (q.e.p.d.) recibió atención oportuna, racional y diligente, brindada por personal idóneo y con la infraestructura necesaria, acorde con su diagnóstico previo de cáncer de seno avanzado, enfermedad que por sí misma la predisponía a estados críticos y a un desenlace fatal.

11. Sostuvo que la paciente fue clasificada correctamente en Triage II, conforme a los parámetros oficiales, al no presentar signos vitales indicativos de urgencia inmediata, y fue valorada por el médico general a los pocos minutos de su ingreso y que los exámenes de laboratorio y demás estudios fueron ordenados y practicados, constando en la historia clínica; su procesamiento tomó el tiempo técnico habitual.

12. Afirmó que desde el ingreso se suministró oxígeno y se hizo seguimiento constante, siendo remitida a reanimación en cuanto se evidenció deterioro, donde recibió maniobras avanzadas sin éxito, sin que existan pruebas que demuestren que los signos vitales consignados en la historia clínica sean falsos, pues corresponden a mediciones reales de equipos médicos certificados.

13. Advirtió que corresponde al demandante probar la falla, el daño y el nexo causal, lo cual no se ha acreditado, y que la muerte obedeció a la evolución natural de la enfermedad de base y a una complicación respiratoria grave, no a una omisión o negligencia médica.

14. En escrito aparte, llamó en garantía a la Compañía de Seguros Solidaria en virtud de la suscripción de la póliza No.930-88-9940000008 que se encontraba

vigente para la fecha de reclamación del siniestro (10 de julio de 2018). El llamamiento fue aceptado en auto del 13 de noviembre de 2019 (Cdno 3 fl. 31 y 32).

Contestación llamada en garantía

15. La **Aseguradora Solidaria de Colombia** se opuso a las pretensiones de la demanda y a las del llamamiento (Cdno 3 fl. 36 a 56), al indicar que la urgencia se clasificó de forma adecuada, *“como quiera que la condición del paciente podía deteriorarse y llevar hasta su muerte, no obstante, sus signos vitales no presentaban hipotensión, falla respiratoria, ni desaturación por lo que no era posible realizar maniobras de reanimación, tal como lo amerita un paciente de Triage I, por tal motivo se clasificó en Triage II”*.

16. Manifestó que desde las 8:24 am del 11 de julio de 2016 a las 10:53 am del mismo día cuando se presentó el fallecimiento de la paciente, se practicaron una serie de exámenes y tratamientos en procura de ofrecer una atención diligente, conforme quedó registrado en cada una de las notas de enfermería que reposaron en la historia clínica.

17. Argumentó que *“no tienen ningún respaldo las afirmaciones que hace la parte demandante, puesto que a la paciente sí se le prestó un servicio médico adecuado y oportuno, en cumplimiento de los protocolos establecidos para el efecto, como quiera que se clasificó en Triage II, la cual indica que debe dársele una atención médica en menos de 30 minutos, tal como ocurrió, siendo inmediata la valoración por medicina general desde las 8:25 am hasta las 8:59 am”*.

18. Afirmó que la paciente ingresó al Hospital Militar Central con una delicada condición de salud tanto que podría evolucionar hasta llegar a la muerte por lo que se clasificó en un Triage II, pero *“a pesar de todos los esfuerzos médicos realizados por el Hospital Militar, la señora Clemencia Coral falleció debido a la situación de salud que ponía en alto riesgo su vida. Por lo tanto, no hay nexo causal entre la actuación del Hospital y la muerte de la señora Clemencia Coral”*.

19. Sobre la tesis de la pérdida de oportunidad, señaló que no existe ninguna certeza de la oportunidad que supuestamente se perdió, comoquiera que la recuperación de la salud de la señora Clemencia Coral era una expectativa

improbable en atención a la patología de cáncer de mama, el cual ya se había atendido sin lograr una total recuperación.

20. Agregó que *“no existe prueba que acredite que a través de algún tipo de examen o procedimiento practicado a la señora Clemencia Coral hubiera entrado en recuperación o, incluso que hubiera conservado su vida por más tiempo”*.

21. Reiteró que desde el ingreso de la paciente al Hospital y la hora de deceso solo trascurrieron 3 horas, en las cuales se brindó la debida atención con los recursos disponibles, por lo cual no puede hablarse de una falla en el servicio, sino que la muerte fue producto del mal estado de salud al que arribó la paciente.

22. Respecto al llamamiento en garantía, expuso que en razón que no se configura ninguno de los elementos de la responsabilidad, no nace la obligación del demandado de efectuar algún pago a favor de la parte demandante, por lo tanto, tampoco habría lugar a afectar la respectiva póliza finalizada en 0008.

23. Arguyó que la póliza que finalizó en 0003 *“no presta cobertura temporal para los hechos objeto del presente litigio, toda vez que se contrató bajo la modalidad de Claims made, por lo cual la reclamación debió darse entre el 31 de agosto de 2015 y el 30 de agosto de 2016, no obstante, esta tuvo lugar el día 10 de julio de 2018, al solicitarse la diligencia de conciliación prejudicial, es decir, fuera del tiempo de vigencia”*.

24. Agregó que en ambas pólizas se indicó como exclusión del seguro cuando se pruebe solo o culpa grave del tomador o el beneficiario, por ende, si se encontrara probada la falla del servicio por parte del Hospital Militar Central en la atención de la paciente, este actuar sería catalogado como culpa grave y por ende no habría lugar a que la aseguradora cubriera el monto de la indemnización.

Audiencia inicial

25. La diligencia descrita en el artículo 180 de la Ley 1437 de 2011 se celebró el 16 de marzo de 2021 (fls. 213 a 216), en la cual se indicó que ni la demandada ni la llamada en garantía propusieron excepciones previas, por lo que se procedió a la fijación del litigio, en donde se formuló el siguiente problema jurídico:

“Establecer si el Estado a través del Hospital Militar Central es responsable administrativa y extracontractualmente por los perjuicios presuntamente irrogados a los demandantes con ocasión a la muerte de la señora Clemencia Mercedes Coral Martínez el 11 de julio de 2016 por la falla en el servicio médico; o si se presenta algún eximente de responsabilidad o si no se estructuran los elementos que configuran la responsabilidad del Estado.

Si hay derecho a extinguir por parte del Hospital Militar Central a la Aseguradora Solidaria de Colombia la reparación integral del perjuicio que llegare a sufrir o el reembolso parcial o total del que tuviere que hacer como resultado de la sentencia en su contra conforme al artículo 225 del CPACA derivado de las pólizas de responsabilidad civil clínicas y centros médicos Nos. 930-889940008 con vigencia desde el 31 de octubre de 2017 hasta el 31 de octubre de 2019 y 930-8899400003 con vigencia desde el 31 de agosto de 2015 hasta el 30 de agosto de 2016”.

26. Respecto a las pruebas, incorporó las documentales aportadas por las partes y decretó (i) la contradicción del dictamen pericial aportado por la parte actora y (ii) los testimonios técnicos de los médicos Diego Barbosa, Helver Cárdenas y David Rodríguez solicitados por la demandada y el llamado en garantía.

Audiencia de pruebas

27. La audiencia se celebró el 18 de enero de 2022 (fls. 233 y 234). En ella, se practicó la contradicción del dictamen pericial presentado por la parte actora y se escucharon los testimonios de Diego Barbosa y Helver Cárdenas. De otro lado, se desistió de la declaración de David Rodríguez. En consecuencia, se cerró el debate probatorio y se corrió traslado a las partes para que presentaran sus alegaciones finales.

Sentencia de primera instancia

28. El 27 de marzo de 2023, el Juzgado Treinta y Siete (37) Administrativo de Bogotá, D.C. profirió sentencia en la que resolvió (fl. 294 a 306):

PRIMERO: *Se niegan las pretensiones de la demanda.*

SEGUNDO: *Se declara la prosperidad de la excepción “inexistencia de falla médica y responsabilidad, debido a la actuación diligente, oportuna, adecuada y cuidadosa del Hospital Militar Central” propuesta por la llamada en garantía Aseguradora Solidaria de Colombia.*

TERCERO: *Sin condena en costas.*

29. El a-quo indicó que se encuentra acreditado el daño relacionado con la muerte de la señora Clemencia Mercedes Coral ocurrida el 11 de julio de 2016, ello en virtud del certificado de defunción que se aportó con la demanda.

30. Indicó que, al revisar la historia clínica, testimonios de los médicos tratantes, notas de enfermería y el dictamen pericial de la parte actora, se probó que la paciente ingresó a las 8:24 a. m., fue clasificada en Triage II (urgencia vital con estabilidad hemodinámica) y valorada por medicina general a las 8:25 am, ordenándose oxígeno, líquidos endovenosos y exámenes paraclínicos. Estos se practicaron progresivamente entre las 9:00 am y 9:30 am.

31. Preciso que a las 9:00Am la paciente presentó una tensión arterial de 39/18, recibiendo manejo inmediato con líquidos, lo que mejoró sus cifras tensionales. El oxígeno se administró desde su ingreso y se aumentó la dosis según evolución y a las 9:45 am sufrió un deterioro rápido, siendo trasladada a reanimación, donde presentó paro cardiorrespiratorio y falleció a las 10:53 am, pese a maniobras avanzadas.

32. Adujo que la clasificación en Triage II fue correcta según signos vitales y protocolos, sin que el antecedente de cáncer implicara, por sí solo, un Triage I, e igualmente, no se probó que los signos vitales registrados fueran falsos ni incongruentes con la condición inicial.

33. Afirmó que no existió una hora de inactividad, pues las órdenes médicas se ejecutaron de forma secuencial y dentro de tiempos razonables. Además, la hipotensión fue tratada de manera adecuada y el oxígeno suministrado fue suficiente y ajustado según necesidad.

34. Concluyó que el rápido deterioro se explicó por la severidad de la infección, asociada al antecedente oncológico, y no por negligencia médica, pues no se probó falla en la prestación del servicio médico, en la medida que la atención fue oportuna y ajustada a la *lex artis*. El fallecimiento se derivó de la evolución natural de la patología y no de una omisión imputable al Hospital Militar Central.

Recurso de apelación

35. Mediante memorial radicado el 19 de abril de 2023 (fls. 308 a 311), la parte demandante interpuso el recurso de apelación contra la sentencia de primera instancia, en el cual indicó que la paciente debió ser valorada en un Triage I, en virtud de las condiciones en salud a las que arribó la misma el día 11 de julio de 2016.

36. Manifestó que el a-quo solo valoró la historia clínica aportada por el Hospital Militar Central sin estudiar la documental presentada por la parte actora *“en especial no le dio valor probatorio al folio donde se hizo la clasificación del triage y del cual, es que se desprende lo señalado respecto de que la paciente Coral Martínez presentaba síntomas de deterioro en su salud y por tal razón debido a sus condiciones de salud debió ser clasificada en el Triage I y no en II”*.

37. Cuestionó que el Despacho haya restado credibilidad a la pericia respecto a la incongruencia entre los síntomas de la paciente y los signos vitales registrados, toda vez que resulta extraño que una persona con dificultad respiratoria, adinamia y astenia presentara parámetros “normales” o limítrofes, lo que evidencia que los signos vitales consignados no correspondían a la realidad, máxime cuando en la historia clínica se anotó que la saturación se registró en 90% “porque no daba”.

38. Controvirtió la afirmación de que la atención fue oportuna, en la medida que la paciente fue valorada por el médico general a las 8:25 a. m., los líquidos endovenosos se administraron hasta las 9:00 a. m., momento en el que ya presentaba una tensión arterial de 39/18, lo que indica que durante ese lapso su estado se deterioró, por lo que esa demora reflejó una atención tardía que contribuyó al agravamiento del cuadro clínico.

39. Argumentó que, dadas las condiciones de la paciente —edad avanzada, antecedente de carcinoma de mama sin certeza de remisión, dificultad respiratoria de varios días, signos vitales limítrofes y medición de oximetría no confiable—, debió clasificarse en Triage I, para recibir atención inmediata y tratamiento agresivo, y no permanecer en bahía, donde su deterioro progresó rápidamente.

40. Adujo que fue solo minutos antes de las 9:30 am cuando se impartieron las órdenes de medicamentos y se practicaron los exámenes de laboratorio. Además, sostuvo que el deterioro grave no se presentó únicamente a las 9:45, sino que desde las 9:00 existían signos de hipotensión severa que exigían intervención inmediata.

41. Concluyó que a la paciente se le negó una oportunidad de vida, pues la atención médica superó el tiempo máximo permitido para Triage II (30 minutos), los medicamentos y exámenes se realizaron con una hora de retraso, y la clasificación inicial debió ser Triage I, por su estado crítico.

Trámite procesal en segunda instancia

42. El Juzgado Treinta y Siete (37) Administrativo de Bogotá, D.C., mediante auto del 21 de junio de 2023 concedió el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante, el cual fue admitido en auto del 13 de octubre de 2023 (a. 2 samai).

II. CONSIDERACIONES

Jurisdicción y Competencia

43. La Sala es competente para conocer el presente asunto en segunda instancia, de conformidad con el artículo 153 del CPACA, por tratarse de la apelación de una sentencia proferida en primera instancia por un Juzgado Administrativo del Circuito Judicial de Bogotá.

Alcance del recurso de apelación y límites a la competencia del juez de segunda instancia

44. La sentencia de primera instancia fue apelada únicamente por la parte demandante, razón por la cual, en esta instancia la Sala no podrá hacer más desfavorable la situación del apelante único, en aplicación del principio de la *non reformatio in pejus*, consagrado en el artículo 328 del CGP, salvo que debido a la modificación fuera indispensable reformar puntos íntimamente relacionados con la sentencia.

45. Además, según la referida norma, la Sala deberá pronunciarse sobre los argumentos del apelante, sin perjuicio de las decisiones que deba adoptar de oficio, en los casos previstos por la ley.

Problema jurídico

46. Acorde con los argumentos del recurso de apelación, corresponde a la Sala determinar si se debe revocar la sentencia de primera instancia, que negó las pretensiones de la demanda. Para el efecto, se estudiará si:

a. ¿La clasificación de la señora Clemencia Mercedes Coral Martínez en Triage II se ajustó a los protocolos y a la *lex artis*, o, por el contrario, dadas sus condiciones clínicas (edad, antecedentes oncológicos, síntomas respiratorios, signos vitales limítrofes y medición de saturación cuestionada), debió ser clasificada en Triage I, para recibir atención médica inmediata?

b. ¿Existen elementos probatorios que desvirtúen la autenticidad o veracidad de los signos vitales consignados en la historia clínica, a partir de la supuesta incongruencia entre los síntomas presentados y los parámetros registrados, y que permitan concluir que dichos registros no reflejaban la condición real de la paciente?

c. ¿La atención médica brindada entre las 8:25 a. m. y las 9:30 a. m., incluyendo la administración de líquidos, oxígeno y la práctica de exámenes, se realizó dentro de los tiempos y estándares exigidos para un Triage II, o existió una demora injustificada que configuró una falla en el servicio y privó a la paciente de una oportunidad de vida?

d. ¿La muerte de la paciente fue consecuencia de la evolución natural de su patología de base y de la severidad de la infección, como lo concluyó el *a quo*, o se derivó de una falla probada en la prestación del servicio médico atribuible al Hospital Militar Central?

Tesis

47. La Sala confirmará la decisión de primera instancia, que negó las pretensiones de la demanda, en razón que no se acreditó falla alguna en la atención prestada a la señora Clemencia Mercedes Coral por parte del Hospital Militar Central.

48. Se dirá que se encuentra demostrado que la paciente fue clasificada correctamente en Triage II, conforme a los criterios normativos fijados en la Resolución 5596 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social, toda vez que al ingreso se encontraba alerta, consciente y hemodinámicamente estable, con

signos vitales compatibles con una condición clínica susceptible de descompensación pero no constitutiva de un riesgo vital inminente que ameritara la clasificación en Triage I.

49. Se sostendrá que las medidas terapéuticas iniciales —administración de oxígeno suplementario, líquidos endovenosos, toma de exámenes paraclínicos y práctica de radiografía de tórax— fueron instauradas dentro del término de treinta (30) minutos previstos para los pacientes clasificados en Triage II, lo que desvirtúa cualquier imputación relativa a dilación o negligencia. El posterior deterioro súbito que desencadenó el paro cardiorrespiratorio y el fallecimiento de la paciente obedeció a la rápida progresión de su cuadro infeccioso, mas no a la omisión o retardo en la atención médica.

50. Se advertirá que el dictamen pericial allegado por la parte actora carecía de suficiencia, por cuanto se elaboró sobre una historia clínica incompleta, sin valorar los registros iniciales de signos vitales y enfermería que obraban en el expediente. En su contradicción, la misma perito reconoció dicha limitación, lo que restó fuerza probatoria a sus conclusiones respecto de una supuesta clasificación indebida en Triage I.

51. Se indicará que la tesis de la parte recurrente sobre una supuesta negación de oportunidad de vida carece de sustento, pues no se probó que una clasificación distinta en triage o una atención más rápida hubiera cambiado las posibilidades de supervivencia de la paciente. La evidencia demuestra que la señora Clemencia Coral fue atendida dentro de los tiempos previstos para Triage II, recibió oxígeno y líquidos endovenosos oportunamente, y que la falta de resultados paraclínicos se debió al rápido deterioro de su salud. El fallecimiento obedeció a la evolución avanzada de una patología que se agravó en la fecha de la atención médica y que permaneció durante la semana previa a su ingreso, y no a una omisión del Hospital Militar Central.

52. Se concluirá que no prosperan los argumentos de la parte recurrente, pues se acreditó que la clasificación en triage II, fue adecuada, la atención se brindó dentro de los tiempos normativos y nunca se configuró privación en la asistencia médica. Por lo tanto, la Sala confirma en su integridad la decisión del a quo que negó las pretensiones de la demanda, al no encontrarse configurada falla alguna del servicio imputable al Hospital Militar Central.

Valoración probatoria

53. **Prueba documental:** se otorgará valor probatorio a los documentos que reposan en el plenario. Ello, en la medida que no fueron tachados y los tuvieron a su disposición durante todo el proceso, de conformidad con la sentencia de unificación proferida por la Sección Tercera del Consejo de Estado el 28 de agosto de 2014¹.

Hechos probados

54. La Sala encuentra probados los siguientes hechos relevantes:

Historia clínica

55. Reporte de Triage del 11 de julio de 2016 a las 8:24:15 am, en el cual se indicó (fl. 44):

“Reporte de Triage

Clasificación: 2 Urgencia Vital

Paciente: Clemencia Mercedes Coral Martínez Edad: 60 Años

Centro atención: Servicio de Urgencias No. de Triage 23917

Especialidad: Medicina de Emergencias

Signos vitales:

Tensión Arterial: 96/43 Frecuencia: 80 Frecuencia Respiratoria: 19 Temperatura 36.9 SO2:90 Estado de conciencia: Alerta

Motivo de consulta: Familiar ingresa en camilla: Adinámica, debilidad en miembros inferiores, se coloca oxígeno a cánula, pero es de difícil colocar encontrar saturación. Se ingresa en camilla a bahía, paciente adinámica con secreción, dificultad para respirar. Se colocan valores FC: 80, Saturado 90% por que no da.

Antecedentes

Otros antecedentes CA MAMA Derecha”

56. Valoración en medicina general del 11 de julio de 2016 a las 8:25:52 am, en donde se consignó (fl. 50):

“Diagnóstico: Malestar y fatiga. Disnea

Indicación médica. Detalle: Observación mujeres, deita normal, oxígeno por cánula nasal 2 litros por min, SSN 500 CC en bolo y contianr a 70 cc/h, Ranitidfan 50 mg cada 8 horas, paraclínicos, rx de torax”.

¹ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de unificación del 28 de agosto de 2014, rad. 25000-23-26-000-2000-00340-01(28832). C.P. Danilo Rojas Betancourth.

57. Examen físico del 11 de julio de 2016 a las 8:59 am, que precisó (fl. 57):

*“Motivo de la consulta: Traída por sus familiares por debilidad y adinamia
Enfermedad actual: Paciente de 60 años de edad con antecedentes de CA de
mama quien recibió quimioterapia última sesión hace 1 año quien es traída por
sus familiares por cuadro clínico de una semana que se exacerbó el día de hoy
consistente en astenia adinamia, malestar general dificultad respiratoria
odinofagia y picos febriles.*

Signos vitales:

*TA 90/60 FC 80 FR 20 T 37 Saturación 90
Apertura de ojos 4 espontanea Respuesta verbal orientada Respuesta
Motora Obedece Ordenas.*

Examen físico:

(...)

*Tórax: Anormal. Tórax simétrico ruidos cardiacos rítmicos ruidos respiratorios
con crépitos en ambos campos pulmonares*

(...)

*Análisis y conducta: Paciente de 60 años de edad con antecedente de CA de
mama quien recibió quimioterapia última sesión hace 1 año, quien es traída por
sus familiares por cuadro clínico de una semana que se exacerbó el día de hoy
consistente en astenia adinamia, malestar general dificultad respiratoria
odinofagia y picos febriles. Hemodinámica, kernte estable, jefe de Triage ingresa
paciente a bahía e inicia oxígeno por cánula nasal, se da indicación de pasar a
pasar a observación continuando con oxígeno complementario, se inicia lev,
protección gástrica y se solicitan paraclínicos para descartar descompensación
metabólica, o proceso infeccioso”.*

58. Anotación del 11 de julio de 2016 a las 9+20 am, que en forma manuscrita
indicó (fl. 49):

*“Se deja paciente en bahía se coloca O2 por cánula 2 litros, glucómetro: 77
Disnea Hipoglicemia”*

59. Registros de enfermería del 11 de julio de 2016, en los que se expuso (fls. 45
a 47):

“Balance de enfermería

*Hora: 9:00am Liquido: Solución Salina. Vía: Endovenosa. Cantidad: 600. Signos
Vitales: Tensión arterial 39/18. Tensión Arterial Media 26*

*Hora: 9:25 am. Subjetivo – Objetivo: Ingresa paciente a observación nueva en
camilla con diagnostico disnea, antecedente de cáncer de seno derecho
mastectomía derecha en camilla con barandas altas en malas condiciones, con
dificultad respiratoria acompañada de familiar se ubica en camilla se inician
ordenes médicas, se dan recomendaciones de enfermería, se llena protocolo de
piel y caída.*

*Hora 9:26 am Subjetivo – Objetivo: Se inicia oxígeno por cánula nasal a 3 litros
por minuto por orden médica.*

*Hora 9:29 am Subjetivo – Objetivo: Familiar de paciente se torna incomodo
demandante con el personal de enfermería comenta que lleva una hora
esperando y que la paciente no se ha atendido. Se le explica que hace 5 minutos*

llegó a observación nueva y que se está alistando para realizar venopunción se pregunta sobre antecedente de importancia manifiesta que no sufre de nada, médico familiar habla con familiar y el jefe explica que ya se envió la fórmula a farmacia para iniciar medicamentos.

Hora 9:30 am Título Venopunción y laboratorio. Subjetivo – Objetivo: Auxiliar Luz Marina realiza venopunción en antebrazo derecho con catéter corto N 18 pasando bolo solución salina, se toma muestra para cuadro hemático, se rotula y se envía pendiente gases arteriales y parcial de orina.

Hora 9:35 am Título Paciente con dificultad respiratoria. Subjetivo – Objetivo: Se observa paciente con dificultad respiratoria marcada, palidez generalizada, frialdad, hipotensa, se informa al médico familiar.

Hora 9:45 am Subjetivo – Objetivo: Control de tensión 39/18 TAM 26, se coloca paciente en posición Tredelburg jefe German avisa a médico familiar quien la valora y ordena pasar a reanimación no registra cardíaca y saturación en monitor

Hora 9:55 am Subjetivo – Objetivo: Sale paciente para reanimación en camilla con barandas altas en malas condiciones generales, con oxígeno húmedo por cánula nasal a 3 litros por minuto con dificultad respiratoria en antebrazo derecho catéter corto N18 pasando solución salina bolo 500 CC permeable

Hora 10:00 am Título ingresa. Subjetivo – Objetivo: Paciente a servicio de reanimación procedente de observación norte, con diagnóstico de shock séptico, en camilla, acompañada por jefe y auxiliar en malas condiciones generales, con palidez facial, diaforetica, con marcada dificultad respiratoria, con oxígeno por ventury al 50%, adenopatías en el cuello, hipoperfusión distal, líquidos en antebrazo derecho pasando bolo de solución salina 1000 CC, se monitoriza, no registra T/A, FC 150X, glucometria de 88 mg/dl. Paciente presenta paro cardiorrespiratorio, Doctor Rodríguez de servicio de emergencias en conjunto con medicina interna inician maniobras de reanimación interna en 4 ocasiones paso de intubación orotraqueal fallidas, realizan intubación retrograda también fallida, antes de intubación por indicación médica jefe administra 1 ampolla de midazolam, 1 ampolla de esmeron, desde el inicio de paro jefe administra 9 ampollas de adrenalina cada tres minutos, 1 ampolla de gluconato de calcio, se prepara infusión de noradrenalina, pendiente indicación de iniciar.

Hora 10:53 Subjetivo – Objetivo: Doctor Rodríguez de emergencia declara hora de fallecimiento a las 10:53 am.

60. Consulta en medicina familiar del 11 de julio de 2016 a las 10:28:30 am, en la que se indicó (fl. 56):

“Medicina Familiar: Paciente familiar en la séptima década de la vida con antecedentes de ca de mama + mastectomía hace 4 años. Según informa el familiar ultimo control hace 1 año por oncología, al parecer "libre de tumor"; actualmente paciente con cuatro de 4 días de evolución dado por odrofia, disfagia, disnea progresiva, fiebre cuantificada de 39 grados. Es dejada en observación, paciente con evolución tórpida, tendencia a la somnolencia, taquicardia, febril, hipotensión profunda.

EXAMEN FISICO

Paciente en muy mal estado general, febril, deshidratada, adelgazada, signos de dificultad respiratoria dado por polipnea

cc/ escleras anictericas, conjuntivas normocrómicas, mucosa oral semihúmeda, orofaringe: no abombamiento, eritema e hipertermia, cuello múltiples adenopatías submandibulares, dolorosas a la palpación. múltiples masas

cp/torax ausencia de mama derecha (quirurgica) normoexpansible, ruidos cardiacos rítmicos taquicárdicos, sin soplos, murmullo vesicular hipoventilación generalizada.

Abd ruidos intestinales normales en intensidad y frecuencia, blando, no dolor palpación, sin signos de irritación peritoneal, no masas, no megalias exta simetricas, arcos de movimiento conservados, no edemas, llenado capilar menor a 2 segundos, pulsos distales

Presentes. neu somnolienta, desorientada en el espacio, no focalización, no déficit motor ni sensitivo aparente

Signos vitales:

*PA 60/40 FC 115 FR 34,00 T 39,8 Saturación 75
Glasgow 13/15*

Paraclínicos

Paciente femenina en la séptima década de la vida quien cursa con síndrome de dificultad respiratoria, signos de respuesta inflamatoria sistémica en el momento con choque posiblemente séptico, se debe descartar foco neumónico, por antecedentes se debe descartar metastasis/derrame pleural además de lo anterior descartar absceso en cuello por los síntomas referidos por el familiar dx1. choque séptico de origen a establecer1.1 descartar neumonia1.2 absceso cuello faringeo.2. síndrome de dificultad respiratorias. antecedentes de ca de mama+ mastectomía sin hallazgos de actividad tumoral hace 1 año. traslado a reanimación oxigeno suplementario por mascara de no reinhalacion3. ssn 0.9% bolo 1000 cc y continuar 150 cc/ha, se comenta paciente a urgenciólogo de turno. 5. ss rx de tórax portátil

61. Nota de ingreso a reanimación, en la que se señaló (fl. 52):

Se atiende llamado de medicina familiar de manera inmediata, se valora paciente hacia las 10:00 am en observación nueva, paciente en malas condiciones generales hipotensa, somnolienta, tiene de base enfermedad maligna en seno, se habla con familia esposo y hermano médico, barthel de 100 de base, por lo que se indica traslado a reanimación inmediato, ingresa hacia las 10:05 am se inicia monitorización, se toma glucometria en 88, evidencia de taquicardia hasta 150, tensión no marca, paciente presenta paro respiratorio, y posterior paro cardiaco, se inician maniobras de reanimación avanzada, ciclos de compresión ventilación 30:2, adrenalina por ciclos, se intenta intubación orotraqueal, paciente con mandíbula rígida por lo que a pesar de considerarse vía aérea crash se ordena dosis de midazolam 2 mg y relajación con rocuronio 50 mg, se realizan 3 intentos de intubación, el primero con hoja curva, se cambia a hoja recta con laringoscopia grado iii, se decide ventilación con mascara laríngea número 4 sin embargo paciente presenta salida de contenido gástrico verdoso abundante, por lo que se considera broncoaspiración, se realiza nueva laringoscopia se intenta paso de tubo más pequeño, sin lograr paso, se solicita catéter venoso central se realiza intubación retrograda, se pasa guía se pasa por boca, al primer intento no se logra paso de tubo y se pierde guía, se ventila nuevamente con mascara, se pasa nuevamente guía y se pasa tubo número 6. durante todo el tiempo se continuo soporte de compresiones torácicas continuas, con momentos de recuperaciones de pulso, después de 4 minutos, paciente no responde entra en actividad eléctrica sin pulso, dado reanimación prolongada se declara muerte a las 10:53 am. dado clínica de falla respiratoria aguda, fiebre e hipotensión consideramos sepsis pulmonar como primera posibilidad diagnostica, al examen físico bicial además de signos de hipoperfusión, somnolencia, es llamativo presencia de adenopatías cervicales se llena certificado de defunción número 71397947-4

62. Notas de evolución respiratoria del 11 de julio de 2016 a las 12:45:28 pm, en la que se consignó (fl. 51):

***10+00 se recibe llamado de enfermería encontrando paciente en cuidado crítico en mal estado general, con oxígeno por cánula nasal a 3 ltsxmin sin marcar saturación, se cambia sistema de oxigenación a mascara ventury al 50%, no marca tensión, fc 150.*

**10+05 paciente presenta paro respiratorio a paro cardiaco se activa código azul, se inicia maniobras de reanimación avanzada con masaje cardiaco externo ventilación positiva manual medicamentos con adrenalina.*

Asistiendo a medico urgenciólogo e internista de turno, se inicia secuencia de intubación rápida, con tubo orotraqueal no 7.0, en el momento de realizar la laringoscopia presenta abundante salida de contenido fecaloide por vía aérea. se intenta en tres ocasiones intubación una con hoja curva y la otra con hoja recta, por tener vía aérea difícil se intenta paso con tubo orotraqueal 6.5 sin éxito. se logra intubar paciente con mascara laríngea no. 4.

urgenciólogo intenta intubación retrograda en dos intentos primero de pierde la guía y en la segunda no pasa tubo orotraqueal (masaje cardiaco externo sin parar).

paciente entra en actividad eléctrica sin pulso, después de 48 min de parada cardiaca

**10+53 paciente fallece”.*

Pericial

63. La parte actora allegó concepto pericial como prueba de la demanda, el cual fue emitido por la Dra Andrea Carolina Buitrago Cadena (medica cirujana), quien al estudiar la historia clínica de la paciente Clemencia Mercedes Coral, indicó (Cdo 2 fl. 18 a 15):

“Análisis del caso

Falla del servicio médico:

La falla del servicio médico existió en la Institución receptora de la paciente HOSPITAL MILITAR CENTRAL, por cuanto desde el inicio, no se le realizó una evaluación clínica adecuada y pertinente por parte del personal de enfermería y personal médico y no se priorizaron procedimientos diagnósticos y terapéuticos requeridos según los síntomas presentados desde su valoración de ingreso.

La paciente no recibió un trato diligente y cuidadoso, no se le realizó un seguimiento a la evolución de su estado de salud, no se le realizó un diagnóstico rápido, con exámenes de laboratorio, imagenología, etc.

El personal médico especializado de la Institución, por el conocimiento de su profesión debió percatarse de las malas condiciones en las que ingresó la paciente, comprender la urgencia de realizar paraclínicos y estudios imagenológicos y no permitir el paso injustificado del tiempo para realizarlos, así como la valoración por el médico especialista (medicina familiar) que fue lo que finalmente incremento el riesgo del daño. La omisión en la prestación del servicio y la pérdida de oportunidad no permitieron darle una atención a tiempo a la paciente con lo cual se hubiese minimizado el riesgo de pérdida de la salud.

Considero inicialmente no se tuvo en cuenta la clasificación triage asignada a la paciente: "CLASIFICACION 2: URGENCIA VITAL", que entró en vigencia a partir del 24 de Diciembre de 2015 con la Resolución 5596 de 2015 y que todas las instituciones de salud del país están en la obligatoriedad de regirse por esta y así mismo garantizar su cumplimiento.

SERVICIO MEDICO-Prestación integral

La entidad demandada HOSPITAL MIITAR CENTRAL no se correspondió con la satisfacción de la prestación del servicio en su integridad, ya que como queda demostrado en el análisis del caso a la paciente no se le brindó la atención necesaria en el servicio de urgencias, permitiendo evolución tórpida de su condición clínica, sin siquiera realizar paraclínicos solicitados por parte del personal médico (no hay reporte en la historia clínica), que hubiera permitido confirmar su diagnóstico, y así, por lo menos, minimizar el riesgo de complicaciones.

CONTINUIDAD EN EL SERVICIO DE SALUD

La entidad demandada HOSPITAL MILITAR CENTRAL, no generó con la prioridad requerida la realización de los exámenes solicitados, así como la valoración por el especialista como está consignado en la Historia Clínica (valoración por médico familiar) la paciente se encontraba con criterios de choque séptico e inminente riesgo de muerte, lo que requería prioridad en el manejo médico (El shock séptico es la manifestación más grave de una infección. Situación médica en la cual los órganos y tejidos del organismo no reciben un aporte suficiente de oxígeno y nutrientes, lo que conlleva a una muerte progresiva de las células y un fallo en la función de los diferentes órganos - Síndrome de disfunción multiorgánica- que puede abocar a la muerte") - Ver documento anexo.

(...)

5. Concepto

En la valoración inicial realizada a la paciente se presentaron falencias inaceptables en un servicio de urgencias. Es totalmente negligente por parte del profesional de enfermería registrar en una historia clínica "Se coloca oxígeno a cánula pero es de difícil colocar encontrar saturación. Se colocan valores FC 80, saturando 90% porque no da". Todo el personal de la salud que trabaje en un servicio de urgencias está en la capacidad de tomar signos vitales; su obligación como clasificador del triage está en asegurarse de estos valores, puesto que estos se constituyen en unos de los criterios más importantes para definir la clasificación TRIAGE que se le asigne a cada paciente, y no es aceptable registrar datos falsos en un documento que se realiza bajo gravedad del juramento. Así mismo se debe tener en cuenta que en esta valoración no queda registrada en la historia clínica la tensión arterial, posiblemente porque desde la toma, ya no registraba hipotensión severa (es decir, los valores de la tensión arterial estaban tan disminuidos, que posiblemente por esta razón el tensiómetro no la marcaba). Sin embargo y a pesar de no contar con valores reales de signos vitales, sino de valores estimados, la enfermera la clasifica como un TRIAGE 2; tal vez si en esa valoración inicial se percatan de las malas condiciones en las que ingresaba la paciente, su clasificación inicial hubiera sido diferente y de ahí se hubiera derivado una atención médica totalmente diferente.

Así mismo es importante aclarar que si en la valoración inicial se clasifica como un TRIAGE 2, se debe manejar como tal, toda vez que la condición clínica de la paciente podía deteriorarse rápidamente llegando incluso a la muerte. El profesional de la salud que valora a la paciente por primera vez no realiza toma de signos vitales como frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno, conociendo con anterioridad el motivo de consulta de la paciente "dificultad respiratoria", ya que es claro que en el registro consignado en la historia clínica la paciente se encuentra en buen estado general con sus signos vitales dentro de límites normales, con estabilidad hemodinámica y sin alertas

clínicas, datos que realmente no concuerdan con la condición clínica de la paciente.

Llama la atención que en la valoración realizada por el médico general, considentalmente registra los mismos valores de signos vitales FC 80 x min, FR 20 x min SaO2 90% que los registrados por enfermería, y a pesar de encontrar a la paciente con unos signos vitales "estables" y con una adecuada saturación de oxígeno, ordena colocar oxígeno por cánula nasal a 2 litros/minuto. Realmente esta es una actuación médica totalmente reprochable, ya que lo registrado en la historia clínica no concuerda con la conducta médica tomada y mucho menos con la condición real de la paciente, demostrando de esta manera un total incumplimiento de la *lex artis*.

De acuerdo al análisis realizado se evidencia que en este caso se incurrió en una deficiencia inexcusable en la prestación del servicio por parte del personal de enfermería y personal médico del HOSPITAL MILITAR CENTRAL que atendieron y recibieron la paciente en mención, la cual consistió en la omisión de la realización de un examen físico completo y adecuado, que conllevó a un desenlace fatal de su condición clínica.

Esa conducta omisiva por parte del médico general del HOSPITAL MILITAR CENTRAL constituye una falencia censurable que tuvo incidencia en el fatídico resultado, error que puede calificarse como gravemente culposo bajo el entendido de que estuvo determinado por negligencia en las funciones propias del cargo y por el incumplimiento injustificable de una obligación de todo profesional de la salud, como lo es la toma de signos vitales, con el agravante que registra en la historia clínica valores no reales de estos datos.

Se puede determinar que la atención en el HOSPITAL MILITAR CENTRAL no fue favorable ya que existe soporte de la omisión, no oportunidad y los tiempos no ágiles de respuesta en la atención, demostrados según reporte de historia clínica en la valoración de la paciente por parte del especialista hora y media después de su ingreso, resultando determinante en la causación de mayor daño en su salud, y un desenlace fatídico como la muerte, lo que permitió identificar que las acciones adelantadas no fueron realizadas en forma pronta e idónea como lo requería la patología y la condición clínica de la paciente.

Basándonos únicamente en la sintomatología descrita - DIFICULTAD RESPIRATORIA-, esta se define como una urgencia (ver documento anexo); por lo que se evidencia que en el sitio de referencia no se le dio la importancia suficiente al cuadro clínico presentado por la paciente, no realizando un examen físico adecuado y no realizando de forma prioritaria los paraclínicos solicitados que permitieran aclarar el diagnóstico y de esta manera iniciar tratamiento específico.

Esta afirmación se sustenta en el diagnóstico inicial emitido por el médico general: Malestar y fatiga Disnea. Si el profesional de la salud hubiera realizado un examen físico adecuado con toma de signos vitales (no los registrados por enfermería en la hoja del triage), este se hubiera percatado de la mala condición clínica de la paciente (hipotensión, fiebre, taquicardia, polipnea, desaturación, glasgow disminuido), y así mismo hubiera considerado otro diagnóstico de ingreso e inmediatamente hubiera cambiado su plan de tratamiento. Cabe aclarar que desde la valoración inicial de la paciente hasta aproximadamente hora y media después cuando fue valorada por el especialista, la paciente no presentó vigilancia estricta por parte del personal de turno, cuando su condición clínica y su clasificación TRIAGE 2 lo ameritaba.

Este análisis de caso concreto considera que existió una falla de la prestación del servicio médico por parte del HOSPITAL MILITAR CENTRAL

La importancia de la Historia Clínica como documento probatorio estriba en que, frente a una medicina documentada como la de hoy en día, es un documento absolutamente necesario que recoge por escrito los sucesos clínicos que

acaecen en la atención del paciente a lo largo de las fases en que se desarrolla el contrato de servicios médicos, proporcionando de esta manera una mayor seriedad, seguridad científica y evitando, a su vez, posibles negligencias de acción u omisión, falta de oportunidad como fueron las encontradas en este análisis de caso.

En consecuencia, argumentare que el carácter completo y permanente de la historia clínica es en la medicina moderna una condición de calidad de los cuidados médicos o de la correcta asistencia facultativa, que para el análisis actual de la prestación del servicio fueron omitidos y se generó atención de MALA CALIDAD por parte del HOSPITAL MILITAR CENTRAL.

64. En la diligencia de pruebas (min 9:30 a 1:37:10), se practicó la contradicción del dictamen, en la cual la perito precisó que es médica con trece (13) años de experiencia y con especialización en derecho médico. Explicó que su dictamen se elaboró exclusivamente con base en la historia clínica allegada por la parte actora, proveniente del Hospital Militar Central, consistente en catorce (14) folios fechados el 11 de julio de 2016, en los que únicamente reposan anotaciones médicas, sin registros de enfermería.

65. Indicó que la paciente, mujer de 60 años, ingresó al Hospital Militar Central el 11 de julio de 2016 con cuadro de cuatro (4) días de evolución de astenia, adinamia y disfagia. Fue valorada inicialmente en Triage y clasificada como nivel II; sin embargo, en esa primera valoración no se tomaron todos los signos vitales, pues no se consignaron temperatura ni tensión arterial, y en cuanto a la saturación de oxígeno, se dejó la anotación “no da”, lo que evidencia que dicho parámetro no fue registrado.

66. Señaló que el Triage II, implica atención en un tiempo máximo de 30 minutos por la existencia de riesgo de desmejora, pero, en el caso concreto, la paciente presentaba dificultad respiratoria y tampoco se dejó constancia de la frecuencia respiratoria, dato que hubiese permitido una clasificación más adecuada.

67. Posteriormente, fue valorada por medicina general, donde se consignó la presencia de crépitos en ambos pulmones, hallazgo sugestivo de patología pulmonar. Los signos vitales reportados en ese momento evidenciaban una hipotensión leve. El médico ordenó varios exámenes y dispuso el suministro de oxígeno, pese a que la saturación consignada no lo ameritaba. No obstante, advirtió que la aplicación de oxígeno solo se registró una hora después del ingreso.

68. Manifestó que conoció con posterioridad a la realización del dictamen una nota de enfermería de las 9:00 a.m., en la cual se reportaba hipotensión severa, sin que se evidenciara un manejo inmediato. Solo hasta las 9:30 a.m. se ordenaron laboratorios, lo cual se constató únicamente con notas de enfermería aportadas posteriormente. Explicó que, ante una hipotensión severa, la conducta indicada es la administración inmediata de líquidos endovenosos para estabilizar a la paciente y prevenir un paro cardiorrespiratorio. En este caso, únicamente se administró un bolo de 600 cm³, insuficiente según la perito, pues lo recomendado era un bolo de 1000 cm³.

69. Afirmó que a las 9:45 a.m. fue solicitada la valoración por medicina familiar debido a la inestabilidad clínica de la paciente, quien se encontraba pálida, somnolienta y fría, con sospecha de shock séptico. Minutos después, presentó paro cardiorrespiratorio sin respuesta a maniobras de reanimación, falleciendo en consecuencia.

70. Resaltó las siguientes falencias en la atención:

1. **Clasificación de triage incompleta**, al no tomarse todos los signos vitales. Una adecuada valoración pudo haber llevado a clasificarla en Triage I, lo que habría implicado atención inmediata.
2. **Incongruencia entre signos vitales y sintomatología**, pues los datos consignados sugerían estabilidad, cuando la paciente presentaba clara dificultad respiratoria.
3. **Demora en la administración de líquidos y oxígeno**, cuya aplicación efectiva se produjo cerca de una hora después del ingreso.
4. **Retraso en la toma de exámenes paraclínicos**, lo que limitó la oportunidad diagnóstica.

71. Adicionalmente, precisó que, si bien la atención inicial de medicina general (8:59 a.m.) se ajustó a los parámetros del Triage, las actuaciones posteriores desbordaron dicho estándar. Incluso, un familiar de la paciente dejó constancia de inconformidad por la falta de atención oportuna.

72. Aclaró que la historia clínica inicialmente puesta de presente solo contenía la anotación del "*motivo de consulta*" en triage, más no los signos vitales, lo que refleja que el material remitido para su análisis estaba incompleto. Al serle exhibido en estrados el folio 44 del cuaderno principal, constató que en efecto el reporte del

triage del 11 de julio de 2016 había sido aportado parcialmente por parte de los demandantes, en forma específica se indicó:

“Apoderado de la parte demandada: Volvamos al triage, cuando la señora juez la interroga a usted tiene en su poder la historia clínica que le fue entregada, por favor revise el reporte del triage y me informa de dónde saca usted que el reporte del triage no reporta temperatura y no reporta frecuencia respiratoria, por qué razón afirma esa situación

Perito: En la historia clínica que nos hicieron llegar, la historia clínica inicial acá no está, yo solo veo frecuencia cardíaca y saturando 90% porque no da. Ese es el registro que está aquí en el triage.

Apoderado de la demandada: Luego entonces usted está leyendo un llamémoslo un ítem del reporte del triage que dice motivo consulta [dos puntos].

Perito: Si. **Apoderado de la demandada:** y está el texto que para precisión del despacho lo voy a leer <<motivo consulta: familiar ingresa en camilla: adinámica, debilidad en miembros inferiores se coloca oxígeno a cánula, pero es de difícil colocar encontrar saturación se ingresa en camilla a bahía paciente adinámica con secreción dificultad para respirar se colocan valores FC 80 Saturando 90% porque no da>> ese es el texto y coincide con la historia clínica que usted tuvo en su poder. **Perito:** Si señor.

Apoderado de la demandada: Si usted revisa un ítem inmediatamente anterior en el mismo formato reporte triage hay una cosa que se llama signos vitales, es eso cierto. **Perito:** No señor, en la historia clínica que nos adjuntaron a nosotros no lo tengo, no está.

Apoderado de la demandada: Porque en la historia clínica que se aportó al expediente hay un ítem signos vitales entre dos líneas y acto seguido dice: tensión arterial 96/43 frecuencia cardíaca 80, frecuencia respiratoria 19, temperatura 36.9, saturación oxígeno 90, estado de conciencia alerta, peso en kg 0. Luego entonces podríamos decir que usted no tuvo acceso a la historia clínica completa, es eso cierto **Perito:** Si señor, acá la historia clínica que yo tengo solo tiene el motivo de la consulta que usted leyó y dice página 1 de 1, esos signos vitales acá no me aparecen.

Apoderado de la demandada: Por qué razón al darse cuenta usted que había rendido un dictamen pericial con una historia incompleta, decide o pide unas notas de enfermería que hoy en esta audiencia dice haber leído después de rendir su dictamen y que pues en mérito de la diligencia usted como no solicitó antes de la rendición del concepto médico. **Perito:** esa fue la historia que el Hospital Militar entregó al familiar es decir el Hospital está en la obligatoriedad de entregar una historia clínica completa esa fue la historia clínica que le entregaron al familiar y él nos hizo llegar. **Apoderado de la demandada:** Pero entonces quien le entregó la segunda parte de la historia clínica que usted dice que hoy ya la tuvo en cuenta y le sirvió para complementar las respuestas ante el juzgado, quién se la entregó. **Perito:** Esa historia clínica que ustedes adjuntan, que la asegurada adjunta en la respuesta que dio, yo ahí conocí la historia clínica.

Apoderado de la demandada: y en esa parte, en el segundo acceso por decirle de alguna manera a la historia clínica, no tiene el reporte del triage en las condiciones que yo le estoy leyendo **Perito:** No señor, acá tampoco las tengo.

Apoderado de la demandada: Para aclarar la situación señora juez pido su venia para buscar en la historia clínica obrante en el expediente el reporte de triage.

[Juzgado comparte folio 44 del expediente]

| | | | | | |
|---|--|------------------------------|--|--|--|
| INFORMACIÓN GENERAL | | N° Triage: 230917 | | Fecha del Triage: Jun., 11 Jul. 2016 08:24:15 | |
| Centro Atención: SERVICIO DE URGENCIAS | | Municipio: BOGOTÁ | | Departamento: BOGOTÁ D.C. | |
| Especialidad: MEDICINA DE EMERGENCIAS | | Conducta: Ingresado | | | |
| Especialidad: FUERZAS MILITARES | | | | | |
| SIGNOS VITALES | | Frecuencia Cardíaca: 80 | | Frecuencia Respiratoria: 19 | |
| Tensión Arterial: 96/43 | | Estado de Conciencia: Alerta | | Temperatura: 36,9 | |
| SO2: 90 | | Peso (kg): 0 | | <input type="checkbox"/> Alerta a Alcohol | |
| Motivo Consulta: FAMILIAR INGRESA EN CAMILLA: ADINAMICA, DEBILIDAD EN MIEMBROS INFERIORES, SE COLOCA OXIGENO A CANULA, PERO ES DE DIFICIL COLOCAR ENCONTRAR SATURACION " S E INGRESA EN CAMILLA A BAHIA, PACIENTE ADINAMICA CON SECRECION, DIFICULTAD PARA RESPIRAR" SE COLOCAN VALORES FC: 80, SATURANDO 90% POR QUE NO DA | | | | | |
| Observaciones: SACOMPAÑANTE: JAIME REALPE | | | | | |

Apoderado de la demandada: Doctora Andrea de la lectura entonces del triage obrante en el expediente, es concluyente afirmar que están efectivamente todos los signos vitales que se deben tomar a un paciente en su valoración de urgencia **Perito Si señor.** **Apoderado de la demandada:** Luego entonces pierde fundamento la afirmación suya según la cual la clasificación en triage hecha en el Hospital Militar está incompleta. **Perito: Si señor.**

73. Finalmente, sostuvo que el deterioro de la paciente no podía considerarse súbito ni atribuible de manera directa a la patología de base (cáncer), pues la secuencia descrita en la historia clínica revela una progresión evitable con una atención adecuada, particularmente frente a la hipotensión severa y la dificultad respiratoria consignadas.

Testimoniales

74. Se escuchó la declaración del médico **Diego Fernando Barbosa** (Min 1:38:14 – 2:27:19), quien atendió a la paciente luego del Triage. Precisó que, de acuerdo con los signos vitales registrados al ingreso de la paciente al servicio de urgencias, esta se encontraba hemodinámicamente estable, en la medida en que no presentaba taquicardia, por tal razón, fue clasificada en Triage II, lo que implica que el paciente debe ser atendido en un tiempo aproximado de veinte (20) minutos.

75. Explicó que los crépitos son ruidos pulmonares que pueden ser indicativos de un proceso infeccioso, como neumonía. Para confirmar dicha sospecha es necesario esperar los resultados de los paraclínicos y la radiografía de tórax, a fin de descartar complicaciones adicionales.

76. Respecto a la sintomatología, señaló que la astenia corresponde al agotamiento físico o sensación de cansancio y la adinamia a la falta de energía o voluntad para moverse. No obstante, consideró que lo más relevante en el cuadro clínico de la paciente eran fiebre y los antecedentes de carcinoma.

77. Indicó que la paciente fue trasladada al área de urgencias denominada bahía, en donde permaneció bajo constante observación por parte de la enfermera jefe. Allí se efectuaron las mediciones de los signos vitales mediante el monitor correspondiente.

78. Aclaró que el síntoma corresponde a lo que el paciente refiere, mientras que el signo es lo que el médico constata objetivamente. Bajo esa distinción, la dificultad respiratoria era un síntoma, mientras que la saturación registrada era un signo. Agregó que el suministro de oxígeno permitió inicialmente que la paciente alcanzara niveles adecuados de saturación.

79. Precisó que las órdenes médicas consistieron en dejar a la paciente en observación, solicitar exámenes paraclínicos para descartar un cuadro infeccioso, un decaimiento general o una posible metástasis derivada de su patología de base.

80. Indicó que, una vez impartidas las órdenes, las enfermeras proceden a cumplirlas de inmediato, registrando luego las notas respectivas en la historia clínica.

81. Afirmó que es posible que un paciente que ingrese con saturación adecuada se descompense rápidamente. En el caso concreto, entre la clasificación en triage y la valoración médica no transcurrieron más de diez (10) minutos, por lo que consideró que la atención fue rápida y dentro de los tiempos establecidos, aunque la nota médica se consignara con posterioridad a la valoración.

82. Explicó que se decidió trasladar a la paciente de bahía a observación, toda vez que la primera no es un área de permanencia prolongada, y se buscaba garantizar un seguimiento más estrecho. Destacó que, en ese momento, la paciente continuaba hemodinámicamente estable.

83. En relación con la saturación, indicó que, cuando un monitor no registra el dato, es necesario verificar condiciones como que las uñas no estén pintadas o cambiar el dedo del sensor. En el caso de la paciente, se consignó una saturación de 90 posterior al triage, de acuerdo con el registro obtenido en el monitor.

84. Respecto a la tensión arterial, manifestó que, si un paciente presenta valores tan bajos como 39/18, la conducta indicada es la administración de líquidos

endovenosos, pero no mediante bolos en grandes cantidades, sino aumentando progresivamente el volumen, de forma controlada.

85. Finalmente, al exhibírsele el formato de escala de valoración de riesgo de caída, explicó que dicho documento es diligenciado por el personal de enfermería cuando el paciente ingresa a observación, con el fin de establecer el riesgo de caída desde la camilla y adoptar las medidas preventivas correspondientes.

86. Luego, se escuchó la declaración del médico **Helver Hernando Cárdenas** (2:28:00 a 2:55 segunda grabación) quien señaló que atendió a la señora Clemencia Coral el 11 de julio de 2016 en el área de medicina familiar, sector en el que se ubican los pacientes más graves, dado que allí se encuentra la bahía de reanimación.

87. Indicó que recuerda que la paciente ingresó a observación aproximadamente a las 9:25 a.m., luego de haber permanecido en bahía. Procedió entonces a valorarla e indagar con los familiares sobre sus antecedentes, estos refirieron que la señora Clemencia Coral presentaba un cuadro febril de cuatro (4) días, acompañado de dificultad para deglutir y un compromiso respiratorio que inicialmente fue leve, pero que progresó hasta volverse severo, razón por la cual decidieron acudir al hospital.

88. Relató que, al examinarla junto con los familiares, observó una paciente en mal estado general, adormecida, con líquidos intravenosos y cánula de oxígeno. Al tomar nuevamente la tensión arterial se constató una hipotensión, por lo que ordenó su traslado inmediato al área de reanimación.

89. Añadió que, estando en compañía del urgenciólogo, aproximadamente a las 10:00 a.m., la paciente presentó un mayor deterioro clínico y entró en paro cardiorrespiratorio.

90. Explicó que la diferencia entre bahía y observación radica en que la primera se destina a la atención de pacientes urgentes, pues funciona como zona de reanimación, en donde de inmediato se suministra oxígeno, se toman laboratorios y el médico general realiza una valoración inicial. Posteriormente se dictan órdenes médicas, se registran en el sistema y se decide el área a la cual será trasladado el paciente.

91. Resaltó que la paciente no se desmejoró dentro del Hospital Militar Central, sino que ya venía de un cuadro progresivo en su hogar. Según lo relatado, la familia la remitió al hospital cuando su estado era muy crítico. No obstante, precisó que el deterioro súbito se produjo en la sala de observación.

92. Señaló que, al momento de valorarla, consideró la posibilidad de una neumonía, pero también observó ganglios y masas en la garganta, que podían corresponder a complicaciones derivadas de su patología de base (cáncer), o a una infección faríngea o pulmonar. Subrayó que, para la fecha de su ingreso, la paciente ya presentaba un estado muy grave, lo que obligó a proceder de inmediato a la reanimación.

93. Agregó que, ante la severidad de la infección que probablemente presentaba, se desencadenó el deterioro súbito, pues este se produjo en un lapso de veinte (20) minutos, aproximadamente entre las 9:25 a.m. (cuando ingresó a observación) y las 9:45 a.m., momento en el que fue remitida a reanimación.

94. Respecto al manejo clínico, indicó que la hipotensión debía tratarse con líquidos intravenosos, los cuales ya se habían iniciado al comienzo de la valoración. Esto permitió una leve mejoría en la saturación y al encontrarse la paciente hemodinámicamente estable, no era procedente administrar grandes volúmenes de líquidos de forma inmediata.

95. Asimismo, señaló que el médico general le informó sobre los laboratorios previamente ordenados. Sin embargo, debido al deterioro súbito, se decidió no trasladar a la paciente a rayos X, sino que el estudio radiográfico fuera realizado en la camilla, dentro del área de reanimación.

96. Finalmente, precisó que es frecuente que los pacientes ingresen a urgencias y presenten deterioros severos en lapsos cortos de tiempo, dado que en la práctica hospitalaria diaria deben canalizarse pacientes y efectuarse procedimientos invasivos que muchas veces coinciden con cuadros de rápida descompensación.

Régimen de responsabilidad aplicable al caso concreto

97. Conforme lo ha enseñado el Consejo de Estado², la imputación en materia de responsabilidad del Estado por los daños originados en la prestación del servicio de salud es de naturaleza subjetiva a partir de la falla probada del servicio, de suerte que, en términos generales, es carga del demandante acreditar la falla propiamente dicha, el daño antijurídico y el nexo de causalidad entre aquella y este³.

98. Por virtud del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales, ratificado por Colombia⁴, los estados signatarios reconocen “*el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*”, garantía que la Carta Política de 1991 tradujo en el deber estatal de garantizar el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

99. Sobre el particular, el Consejo de Estado ha interpretado ese derecho social no sólo como la posibilidad formal de acceder a esa clase de servicios, sino a que estos se presten de manera eficiente, digna, responsable, diligente y de acuerdo con la *lex artis*; debe traducirse por tanto, en que, a quien en evidentes condiciones de debilidad, derivadas de la enfermedad que lo aqueja, acude en procura del servicio, se le brinde una atención de calidad que le permita tener las mejores expectativas de recuperar la salud.

100. Esa definición no supone una obligación de resultado para el prestador, sino que debe entenderse como la garantía del paciente a obtener la atención en las mejores condiciones disponibles, bajo el entendido que quien busca un servicio médico confía en que se le tratará adecuadamente.

101. Ahora bien, la jurisprudencia del Consejo de Estado ha resaltado que la responsabilidad por daños causados con ocasión de la actividad médica, puede involucrar dos aspectos: el primero de ellos, **el acto médico propiamente dicho** “...que se refiere a la intervención del profesional médico en sus distintos momentos y comprende particularmente el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, incluidas las intervenciones quirúrgicas...”⁵ y el segundo, “...todas aquellas

² Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 29 de abril de 2015, rad. 17001-23-31-000-1998-00667-01(25574). C.P. Ramiro de Jesús Pazos Guerrero.

³ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencias de: agosto 31 de 2006, exp. 15772, C.P. Ruth Stella Correa; de octubre 3 de 2007, exp. 16402, C.P. Mauricio Fajardo Gómez; del 23 de abril de 2008, exp. 15750; del 1 de octubre de 2008, exp. 16843 y 16933; del 15 de octubre de 2008, exp. 16270. C.P. Myriam Guerrero de Escobar; del 28 de enero de 2009, exp. 16700, C.P. Mauricio Fajardo Gómez; del 19 de febrero de 2009, exp. 16080, C.P. Mauricio Fajardo Gómez; del 18 de febrero de 2010, exp. 20536, C.P. Mauricio Fajardo Gómez y del 9 de junio de 2010, exp. 18683, C.P. Mauricio Fajardo Gómez, entre otras.

⁴ Ley 74 de 1968.

⁵ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 27 de abril de 2011, rad. 17001-23-31-000-1996-7003-01(20374). C.P. Ruth Stella Correa Palacio.

actuaciones previas, concomitantes y posteriores a la intervención del profesional médico, que operan desde el momento en que la persona asiste o es llevada a un centro médico estatal, actividades que están a cargo del personal paramédico o administrativo...⁶. Frente a tales aspectos, se dijo en pronunciamiento de 27 de abril de 2011⁷:

“(...) Sobre la distinción entre el acto médico propiamente dicho y los actos anexos que integran el llamado “acto médico complejo”, la Sala ha tenido oportunidad de pronunciarse en repetidas oportunidades y ha acogido la clasificación que sobre tales actos ha sido realizada por la doctrina en: (i) actos puramente médicos, que son realizados por el facultativo; (ii) actos paramédicos, que lo son las acciones preparatorias del acto médico y las posteriores a éste; que regularmente, son llevadas a cabo por personal auxiliar, tales como suministrar suero, inyectar calmantes o antibióticos, controlar la tensión arterial, etc. y (iii) actos extramédicos, que están constituidos por los servicios de hostelería, entre los que se incluyen el alojamiento, manutención, etc. y obedecen al cumplimiento del deber de seguridad de preservar la integridad física de los pacientes (...).⁸”

102. Así entonces, la responsabilidad del Estado en estos casos, se extiende a todos los ámbitos de la actividad médica, tan es así que se ha reiterado que la falla en el servicio médico puede presentarse “...**desde el momento en que la persona ingresa al centro médico y cubija no sólo los llamados actos puramente médicos o realizados por el profesional de la salud, sino también los actos preparatorios o posteriores al igual que los servicios de hostelería prestados por la institución.**”⁹; que en todo caso, hacen parte del actuar de la Entidad pública.

Análisis del caso concreto

103. La Sala observa que la sentencia de primera instancia negó las pretensiones de la demanda con fundamento en que la atención brindada por el Hospital Militar Central a la señora Clemencia Coral fue oportuna, diligente y ajustada a la lex artis, y que su fallecimiento obedeció al rápido avance de la infección y a su antecedente oncológico, sin que se demostrara negligencia en el servicio.

104. Inconforme con la anterior decisión, la parte actora refirió que **(i)** existió una indebida clasificación del triage de la paciente, pues según las condiciones de salud debió ser clasificada en Triage I y no II. Además, dicha clasificación retrasó la

⁶ Idem.

⁷ Ibídem.

⁸ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 27 de abril de 2011, rad. 17001-23-31-000-1995-05004-01(20368). C.P. Ruth Stella Correa Palacio.

⁹ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 28 de marzo de 2012, rad. 25000-23-26-000-1994-09658-01(20941). C.P. Olga Melida Valle de la Hoz.

atención oportuna de la señora Clemencia Coral. **(ii)** hubo una indebida valoración probatoria, en el sentido que el a-quo solo tuvo en cuenta la historia clínica aportada por la demandada. **(iii)** hubo una incongruencia entre los síntomas y los signos vitales, pues el a-quo restó credibilidad a la pericia, quien advirtió inconsistencias entre los síntomas de la paciente y los signos vitales consignados, pues es ilógico que, con dificultad respiratoria y cuadro febril, los parámetros aparecieran “normales” o limítrofes, en especial la saturación. **(iv)** se halló una demora en la atención médica, pues la paciente arribó al Hospital a las 8:25 am y solo hasta las 9:00 am se suministraron líquidos endovenosos, lo que causó que se deteriorara la salud. **(v)** igualmente, los paraclínicos fueron tomados con retraso. **(vi)** se configuró una negación en la oportunidad de vida, toda vez que la atención médica superó el tiempo máximo previsto para el Triage II y esa clasificación privó a la paciente de una atención inmediata y agresiva, lo que redujo sus posibilidades de sobrevivir.

105. Respecto al **primer argumento** del recurrente relacionado con la eventual falla en el servicio por clasificación del triage, la Sala destaca que la Resolución No. 5596 del 24 de diciembre de 2015 expedida por el Ministerio de Salud y la Protección Social definió los criterios técnicos para el Sistema de Selección y Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias – Triage, por lo que en su artículo 4 expresó los objetivos de tal clasificación y en el artículo 5 las categorías de este, en el siguiente sentido:

“ARTÍCULO 4. Objetivos del "Triage". Los objetivos del Triage, son:

4.1. Asegurar una valoración rápida y ordenada de todos los pacientes que llegan a los servicios de urgencias, identificando a aquellos que requieren atención inmediata.

4.2. Seleccionar y clasificar los pacientes para su atención según su prioridad clínica y los recursos disponibles en la institución.

4.3. Disminuir el riesgo de muerte, complicaciones o discapacidad de los pacientes que acuden a los servicios de urgencia.

4.4. Brindar una comunicación inicial con información completa que lleve al paciente y a su familia a entender en qué consiste su clasificación de Triage, los tiempos de atención o de espera que se proponen y así disminuir su ansiedad
Parágrafo. En ninguna circunstancia el "Triage" podrá ser empleado como un mecanismo para la negación de la atención de urgencias.

ARTÍCULO 5. Categorías del "Triage". Para determinar la prioridad de la atención de los pacientes en un servicio de urgencias se tendrá en cuenta la siguiente categorización, organizada de mayor a menor riesgo.

5.1 Triage I: Requiere atención inmediata. La condición clínica del paciente representa un riesgo vital y necesita maniobras de reanimación por su compromiso ventilatorio, respiratorio, hemodinámico o neurológico, pérdida de miembro u órgano u otras condiciones que por norma exijan atención inmediata.

5.2. Triage II: La condición clínica del paciente puede evolucionar hacia un rápido deterioro o a su muerte, o incrementar el riesgo para la pérdida de

un miembro u órgano, por lo tanto, requiere una atención que no debe superar los treinta (30) minutos. La presencia de un dolor extremo de acuerdo con el sistema de clasificación usado debe ser considerada como un criterio dentro de esta categoría.

5.3. Triage III: La condición clínica del paciente requiere de medidas diagnósticas y terapéuticas en urgencias. Son aquellos pacientes que necesitan un examen complementario o un tratamiento rápido, dado que se encuentran estables desde el punto de vista fisiológico aunque su situación puede empeorar si no se actúa. (...)"

106. Conforme la anterior base normativa el Triage I, hace relación a la emergencia vital y el Triage II a la urgencia prioritaria, en otras palabras, el primer rango es para pacientes en peligro inmediato de morir o perder una función vital, por ende, deben ser atendidos de inmediato. En cambio, el segundo rango es para pacientes que no están en riesgo vital en ese momento, pero que pueden deteriorarse muy rápido si no son atendidos, por lo que deben recibir atención en menos de 30 minutos.

107. Para el caso concreto, la Sala no encuentra que se haya clasificado indebidamente a la paciente Clemencia Coral en el Triage I, en la medida que según las pruebas practicadas se tiene que el reporte de triage de las 8:24 a.m. dejó consignado que la paciente ingresó alerta, consciente, hemodinámicamente estable (TA 96/43, FC 80, FR 19, T 36.9, Saturación 90%), con signos vitales compatibles con estabilidad inicial. Si bien presentaba dificultad respiratoria, esta no comprometía de manera inmediata su vida ni exigía maniobras urgentes de reanimación, razón por la cual no procedía su clasificación en Triage I —reservada para pacientes en riesgo vital inminente—, sino en Triage II, que corresponde precisamente a aquellos casos que pueden evolucionar hacia un deterioro rápido, pero que en el momento de la primera valoración no presentan un riesgo inmediato de muerte.

108. La atención médica de las 8:25 a.m. corroboró esta condición, al consignar como diagnóstico inicial malestar, fatiga y disnea, ordenando oxígeno por cánula nasal, líquidos endovenosos y paraclínicos, medidas terapéuticas congruentes con la condición hemodinámica y respiratoria de la paciente. La nota de examen físico de las 8:59 a.m. ratificó que la paciente continuaba hemodinámicamente estable, alerta y con adecuada respuesta neurológica, aunque con hallazgos pulmonares sugestivos de proceso infeccioso.

109. Tal como se advierte en los registros de enfermería, solo hacia las 9:00 a.m. la paciente presentó un cuadro de hipotensión severa (TA 39/18), evento que marca

el inicio del deterioro súbito que culminó con su traslado a reanimación a las 9:45 a.m. y su posterior fallecimiento a las 10:53 a.m. Este desarrollo clínico demuestra que al ingreso no existía riesgo vital inminente, sino un estado susceptible de descompensación, lo que encaja en la categoría de Triage II y no en la de Triage I.

110. Las declaraciones de los médicos tratantes reafirmaron esa conclusión, en la medida que el doctor Diego Fernando Barbosa explicó que la paciente no presentaba taquicardia y se encontraba hemodinámicamente estable al momento del triage, razón por la cual fue correctamente ubicada en Triage II. Por su parte, el doctor Helver Hernando Cárdenas destacó que la paciente ya venía de un cuadro progresivo en el hogar y que su deterioro súbito se produjo únicamente en la sala de observación, alrededor de las 9:25 a.m., esto es, mucho después de la clasificación inicial, lo que ratifica que al ingreso no se evidenciaba un compromiso vital inmediato.

111. Si bien la pericia presentada por la parte actora, a cargo de la Dra. Andrea Carolina Buitrago Cadena, sostuvo en su concepto que la paciente Clemencia Mercedes Coral debió ser clasificada en Triage I, al momento de su ingreso al Hospital Militar Central, lo cierto es que al practicarse la contradicción de la prueba en audiencia quedó en evidencia que dicho dictamen carecía de una valoración integral de la historia clínica.

112. En efecto, la propia perito admitió que para la elaboración de su concepto únicamente tuvo en cuenta catorce (14) folios allegados por la parte demandante, correspondientes a anotaciones médicas parciales, sin incluir los registros completos de enfermería ni el reporte completo inicial de triage. Reconoció además que solo con ocasión de la diligencia pudo conocer el folio 44, en el cual se encuentra consignado el primer registro de signos vitales obtenidos del monitor al ingreso de la paciente, pues en la audiencia de pruebas, al ser cuestionada por la parte demandada sobre la documental que utilizó para emitir el concepto, refirió que la documental que le fue aportada no se consignaba el triage con la descripción de los signos vitales, al respecto mencionó:

Apoderado de la demandada: Si usted revisa un ítem inmediatamente anterior en el mismo formato reporte triage hay una cosa que se llama signos vitales, es eso cierto. **Perito:** No señor, en la historia clínica que nos adjuntaron a nosotros no lo tengo, no está. **Apoderado de la demandada:** Porque en la historia clínica que se aportó al expediente hay un ítem signos vitales entre dos líneas y acto seguido dice: tensión arterial 96/43 frecuencia cardíaca 80, frecuencia

*respiratoria 19, temperatura 36.9, saturación oxígeno 90, estado de conciencia alerta, peso en kg 0. Luego entonces podríamos decir que usted no tuvo acceso a la historia clínica completa, es eso cierto **Perito: Si señor, acá la historia clínica que yo tengo solo tiene el motivo de la consulta que usted leyó y dice pagina 1 de 1, esos signo vitales acá no me aparecen.***

(...)

Apoderado de la demandada:** Doctora Andrea de la lectura entonces del triage obrante en el expediente, es concluyente afirmar que están efectivamente todos los signos vitales que se deben tomar a un paciente en su valoración de urgencia **Perito Si señor. Apoderado de la demandada:** Luego entonces pierde fundamento la afirmación suya según la cual la clasificación en triage hecha en el Hospital Militar esta incompleta. **Perito: Si señor.

113. Así las cosas, no puede otorgarse plena validez al dictamen pericial rendido dentro del proceso, respecto del objeto sobre el cual la profesional en medicina se pronunció, en la medida en que la perito reconoció durante la diligencia de contradicción que elaboró sus conclusiones con fundamento en una historia clínica incompleta. En efecto, al ser interrogada sobre el reporte de triage, admitió que el documento que tuvo a la vista no contenía el ítem completo de signos vitales, razón por la cual afirmó erradamente que no se había consignado la temperatura ni la frecuencia respiratoria de la paciente.

114. No obstante, al ser confrontada con el folio correspondiente de la historia clínica obrante en el expediente, la perito aceptó que en dicho reporte sí se encontraban registrados todos los parámetros exigidos —tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura, saturación de oxígeno y estado de conciencia—, **desvirtuando así su afirmación inicial sobre una supuesta deficiencia en el triage practicado.**

115. En consecuencia, al haber quedado demostrado que la pericia se sustentó en información fragmentada o parcial, resulta que sus conclusiones no pueden erigirse como prueba determinante para acreditar la existencia de una falla del servicio en la clasificación del triage. En este contexto, se impone a la Sala valorar en conjunto las demás pruebas obrantes en el expediente —particularmente la historia clínica completa, los registros de enfermería y los testimonios rendidos— con el fin de establecer si efectivamente se tomaron los signos vitales de la paciente y si la atención brindada se ajustó a los protocolos médicos vigentes.

116. En ese orden de ideas, el reporte de triage completo del folio 44 evidenció que la señora Clemencia Coral ingresó alerta, consciente y hemodinámicamente estable (TA 96/43, FC 80, FR 19, T 36.9, **saturación 90%**), parámetros que no correspondían a un riesgo vital inminente, sino a un cuadro clínico susceptible de

evolucionar hacia un deterioro, como lo refirieron los médicos tratantes, lo cual se enmarca precisamente en la clasificación Triage II, según lo dispuesto en la Resolución 5596 de 2015.

117. De esta manera, la afirmación inicial de la pericia acerca de una supuesta falla en la clasificación pierde sustento, toda vez que se basó en una historia clínica incompleta y en la errada apreciación de que no se habían tomado signos vitales al ingreso. La contradicción del dictamen permitió establecer que sí existió una primera valoración con registro de parámetros objetivos, los cuales justificaban plenamente la clasificación en Triage II, por no tratarse de una condición de riesgo vital inmediato y de la toma de signos al ingreso, en donde según el reporte triage completo determinó que la señora Clemencia Coral presentaba TA 96/43, FC 80, FR 19, T 36.9, saturación 90% (fl. 44).

118. En consecuencia, no es de recibo acoger la conclusión del dictamen pericial en cuanto a la supuesta necesidad de clasificar en Triage I, pues la propia perito reconoció que no tuvo en cuenta la totalidad del material clínico de atención a la paciente y que su análisis partió de una visión fragmentada – historia clínica incompleta - y, por tanto, limitada de la atención brindada. Lo anterior indica que no se demostró la existencia de falla en la clasificación inicial de la paciente, la cual fue adecuada a su estado clínico y a los criterios normativos aplicables.

119. Adicionalmente, y partiendo de la misma premisa – triage II, que para el caso según los signos plasmados en la historia clínica era el adecuado al momento de su clasificación, no puede decirse que hubo retraso en la atención pues de acuerdo con la Resolución 5596 de 2015 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, la clasificación en Triage II, corresponde a aquellos pacientes cuya condición clínica, si bien no representa un riesgo vital inmediato, puede evolucionar rápidamente hacia un deterioro grave o la muerte, **razón por la cual deben ser atendidos en un tiempo no superior a treinta (30) minutos desde su ingreso**.

120. En el caso de la señora Clemencia Mercedes Coral, se observa que dicha directriz fue rigurosamente cumplida por el Hospital Militar Central, toda vez que el **reporte de triage de las 8:24 a.m.** registró que la paciente ingresó hemodinámicamente estable, consciente y con signos vitales dentro de parámetros que no evidenciaban riesgo vital inminente (TA 96/43, FC 80, FR 19, T 36.9, SO2: 90%). Por ello, la clasificación en **Triage II** resultó correcta y ajustada a los criterios

técnicos aplicables. De manera inmediata, y en cumplimiento de los tiempos normativos, la paciente fue valorada por el médico general a las **8:25 a.m.**, es decir, dentro del primer minuto posterior al triage, quien ordenó la administración de oxígeno, líquidos endovenosos y exámenes paraclínicos, además de una radiografía de tórax. Esta actuación demuestra que la atención se brindó dentro del tiempo exigido y conforme a la *lex artis* e igualmente a las **8:59 am** se emitió el análisis por parte del médico general.

121. Asimismo, consta en los registros de enfermería que a **las 9:00 a.m.** se inició la administración de líquidos endovenosos y que a **las 9:30 a.m.** se practicó la venopunción y la toma de las muestras de laboratorio ordenadas. Es decir, las órdenes médicas fueron cumplidas sin dilaciones indebidas. Sin embargo, el súbito deterioro clínico de la paciente —que se manifestó entre las 9:25 y 9:45 a.m.— impidió contar con los resultados de los exámenes antes de su fallecimiento, circunstancia que no puede imputarse a una negligencia en la atención, sino al curso rápido y fatal de la patología que la aquejaba.

122. Resulta entonces acreditado que no existió un lapso de inactividad ni retraso en la prestación del servicio. La atención se brindó de forma oportuna dentro de los tiempos previstos para un Triage II, las medidas terapéuticas iniciales fueron instauradas de manera secuencial y los exámenes diagnósticos se realizaron conforme a las indicaciones médicas. El desenlace fatal obedeció al deterioro acelerado del cuadro clínico que presentó en la fecha de la atención, propio de un estado séptico avanzado y no a omisiones atribuibles al personal de salud.

123. Como **segundo argumento**, la parte actora sostuvo que el a quo únicamente valoró la historia clínica allegada por el Hospital Militar Central, omitiendo la que fue presentada junto con la demanda. Frente a este planteamiento, la Sala observa que dicha afirmación carece de sustento, pues —tal como lo indicó la propia perito en la diligencia de contradicción del dictamen— la historia clínica aportada por la parte actora era **parcial e incompleta**, al estar conformada únicamente por algunas anotaciones médicas sin los registros integrales de enfermería ni los documentos que daban cuenta de la totalidad de la atención brindada.

124. En este contexto, resultaba necesario y razonable que el juez de primera instancia fundamentara su decisión principalmente en la historia clínica completa allegada por la entidad demandada – que demás se constituía en una obligación de

la entidad demandada en los términos del inciso segundo del párrafo primero de No 7 del artículo 175 de la Ley 1437 de 2011- en la medida en que este documento sí recogía de forma íntegra y continua los registros clínicos, paraclínicos y asistenciales relacionados con la atención de la paciente. De ahí que no pueda predicarse un desconocimiento probatorio, sino el ejercicio legítimo del deber de valoración de la prueba documental más confiable y exhaustiva disponible en el proceso, en concordancia con los principios de la sana crítica y la prevalencia de la verdad material.

125. Además, como quedó establecido en la diligencia de contradicción del dictamen, la propia perito refirió que la historia clínica allegada por la parte demandante no se encontraba completa, circunstancia que restringió el alcance de sus conclusiones. En efecto, dicho documento no contenía la totalidad de los registros clínicos ni la totalidad de las anotaciones relativas a la atención brindada a la paciente desde su ingreso al servicio de urgencias, en particular los datos consignados en el triage respecto de los signos vitales y la evolución inicial.

126. De allí que no resulte procedente otorgar valor exclusivo a la documental presentada con la demanda, pues al carecer de integralidad no refleja de manera fidedigna la totalidad de la asistencia médica suministrada. De ahí que correspondía al fallador acudir a la historia clínica completa obrante en el expediente, allegada por la entidad demandada, la cual contiene todos los registros de atención, notas de enfermería, órdenes médicas, paraclínicos solicitados y procedimientos practicados.

127. En ese orden, la valoración probatoria debe efectuarse de manera conjunta y armónica, ponderando la historia clínica íntegra junto con los demás elementos de convicción, y no a partir de un documento parcial que, por su misma naturaleza fragmentaria, carece de la idoneidad suficiente para demostrar una presunta falla del servicio.

128. Ahora bien, **como tercer planteamiento** la parte actora cuestionó que el a quo restara credibilidad a la pericia, quien advirtió inconsistencias entre los síntomas de la paciente y los signos vitales consignados, pues resultaba ilógico que, con dificultad respiratoria y cuadro febril, los parámetros aparecieran “normales” o limítrofes.

129. Sobre dicho aspecto, no se evidencia contradicción alguna entre los signos

vitales consignados al ingreso de la paciente Clemencia Mercedes Coral y la sintomatología referida, pues, el reporte inicial de triage dejó constancia de que la paciente ingresó con estado de conciencia alerta, presión arterial de 96/43 mmHg, frecuencia cardiaca de 80 lpm, frecuencia respiratoria de 19 rpm, temperatura de 36.9 °C y saturación de oxígeno de 90%, lo que permitía concluir que, si bien presentaba dificultad respiratoria, sus parámetros fisiológicos se encontraban dentro de límites compatibles con estabilidad hemodinámica.

130. La dificultad respiratoria, reportada como síntoma por los familiares, y corroborada por la exploración física, no es incompatible con los signos vitales registrados, como lo refirió la testimonial técnica, pues es perfectamente posible que un paciente con cuadro respiratorio en evolución mantenga parámetros estables en una fase inicial y solo posteriormente presente un deterioro brusco. Por ello, la atención médica dispuso de manera inmediata la administración de oxígeno suplementario por cánula nasal, lo que contribuyó a mantener cierta estabilidad en los signos vitales en las primeras fases de la atención, antes de que se desencadenara el deterioro súbito registrado posteriormente.

131. Así, el doctor Diego Fernando Barbosa manifestó que, de acuerdo con los signos vitales registrados al ingreso, la paciente se encontraba hemodinámicamente estable, sin taquicardia y con parámetros que justificaban su clasificación en Triage II, y que el suministro de oxígeno permitió que la paciente saturara adecuadamente en un primer momento, lo cual evidencia la coherencia entre los signos vitales y el tratamiento instaurado.

132. De igual manera, el doctor Helver Hernando Cárdenas señaló que la paciente ya presentaba un cuadro progresivo desde el hogar, pero que el deterioro súbito solo se produjo minutos después de su ingreso a observación. Resaltó que, al momento de la valoración inicial, la paciente aún se encontraba con soporte de líquidos endovenosos y oxígeno, lo que explicaba que los signos vitales mostraran cierta estabilidad en contraste con los síntomas respiratorios referidos.

133. En este orden de ideas, se concluye que los signos vitales consignados al ingreso **no eran incongruentes** con la sintomatología respiratoria descrita, sino que correspondían al estado clínico de una paciente que, aunque cursaba con disnea y antecedentes relevantes, se encontraba inicialmente compensada. Las medidas urgentes adoptadas —en particular la administración de oxígeno— coadyuvaban a

mantener esa estabilidad relativa hasta que, producto de la evolución de su patología, se produjo el deterioro hemodinámico y respiratorio súbito que culminó en el fatal desenlace.

134. En la misma línea, la recurrente refirió que la saturación se colocó en 90% porque la misma nota médica indicó que no había sido posible su medición, lo cual a su criterio expuso que la atención en triage había sido deficiente y que, por ello, los signos que allí se colocaron no fueron verdaderos.

135. La Sala destaca que la actora parte de la valoración parcial de la historia clínica de la señora Clemencia Coral, en la media que el folio allegado por dicha parte respecto al triage del 11 de julio de 2016 solo contuvo la anotación del motivo de la consulta -*“Familiar ingresa en camilla: Adinámica, debilidad en miembros inferiores, se coloca oxígeno a cánula, pero es de difícil colocar encontrar saturación. Se ingresa en camilla a bahía, paciente adinámica con secreción, dificultad para respirar. Se colocan valores FC: 80, **Saturado 90% por que no da**”*. No obstante, dicho registro no expuso los signos vitales dados por el monitor, los cuales, obran en la historia clínica aportada por la demandada, que en la anotación del triage en el ítem de signos vitales el monitor registró TA 96/43, FC 80, FR 19, T 36.9 y saturación 90%.

136. Por ende, la anterior anotación lo que demostró fue que, lejos de una irregularidad o falsedad, se trató de una circunstancia técnica en la toma de la saturación que una vez superada, permitió obtener un dato clínico válido y registrarlo en el documento asistencial.

137. Además, debe precisarse que la sola referencia a la dificultad en la toma de la saturación no implica, por sí misma, que los demás signos vitales (tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura y estado de conciencia) fueran inexistentes o ficticios. Todos estos parámetros fueron debidamente registrados y se encuentran en concordancia con la condición clínica inicial de la paciente, que fue descrita como alerta, consciente y hemodinámicamente estable.

138. En consecuencia, no es posible afirmar que la atención en triage haya sido deficiente ni que los signos vitales allí consignados carecieran de veracidad. Por el contrario, los registros clínicos reflejan la realidad del estado inicial de la paciente y sirvieron de base para instaurar de inmediato las primeras medidas terapéuticas,

entre ellas la administración de oxígeno suplementario.

139. Igualmente, la afirmación realizada por la perito en el sentido de que el reporte de triage no guardaba relación con los síntomas de la paciente carece de sustento probatorio, en la medida en que, como ya se expuso en líneas anteriores, dicho dictamen se elaboró sobre la base de una historia clínica incompleta que no incluía el reporte integral del triage practicado al ingreso. Al verificarse el documento completo obrante en el expediente, se constató que allí sí se consignaron de manera detallada los signos vitales, con lo cual pierde asidero la apreciación de la experta acerca de una supuesta incongruencia.

140. De otra parte, aunque el concepto pericial hace alusión a la presencia de una complicación respiratoria, ello corresponde estrictamente a la descripción de un síntoma referido por la paciente y observado por el personal de salud, mas no a un signo clínico objetivo ni, mucho menos, a un diagnóstico definitivo. Lo cierto es que desde el mismo momento en que la paciente ingresó al área de urgencias, se le suministró oxígeno de manera inmediata como medida terapéutica inicial, precisamente para atender la dificultad respiratoria manifestada.

141. En este sentido, la atención prestada se ajustó a los protocolos médicos y respondió en tiempo oportuno a los síntomas reportados, lo cual descarta la supuesta deficiencia que la perito quiso derivar de un análisis parcial e incompleto de la historia clínica.

142. Como **cuarto argumento**, la recurrente reiteró que se presentó una atención tardía por parte del Hospital Militar Central, toda vez que los líquidos endovenosos solo se suministraron hasta las 9:00 am, cuando ya se presentaba una hipotensión (39/18) y el ingreso a urgencias fue a partir de las 8:25 am.

143. Como se refirió en líneas anteriores, la paciente fue clasificada en **Triage II** a su ingreso al servicio de urgencias, lo cual, de conformidad con la Resolución 5596 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social, implica que la atención debe brindarse en un término no superior a treinta (30) minutos desde la valoración inicial. En el presente caso, tal directriz fue estrictamente cumplida, toda vez que la paciente fue valorada por el médico general a las 8:25 a.m., apenas un minuto después de la clasificación, y en esa misma oportunidad se ordenó la administración de oxígeno suplementario por cánula nasal y de líquidos endovenosos, junto con la práctica de exámenes paraclínicos y radiografía de tórax.

144. Los registros de enfermería dan cuenta de que a las **9:00 a.m.** ya se encontraba instaurado el manejo con líquidos intravenosos, y a las **9:20 a.m.** se reiteró el suministro de oxígeno conforme a la evolución clínica, lo que demuestra que las órdenes fueron cumplidas de manera secuencial y dentro del marco temporal que establece la normatividad para este nivel de urgencia. Así las cosas, no puede predicarse que existiera dilación o inactividad en la instauración de las primeras medidas terapéuticas.

145. Ahora, si bien la paciente presentó un episodio de hipotensión severa en el curso de su evolución clínica, no existe prueba que permita concluir que este desenlace obedeció a la falta de suministro de un bolo de 1000 cm³ de solución salina, como lo sugirió la pericia aportada por la parte actora. Por el contrario, consta que la conducta médica fue instaurar la administración de líquidos de manera escalonada y progresiva, precisamente para evitar el riesgo de sobrecarga que podía generar complicaciones adicionales en una paciente con dificultad respiratoria y antecedente oncológico, como lo refirió la prueba testimonial técnica.

146. Al respecto, las pruebas obrantes en el expediente, particularmente las notas médicas y de enfermería, exponen que en el Hospital Militar Central se aplicaron bolos de líquidos en forma escalonada (500 y luego 600 cm³), iniciando con cargas progresivas de volumen.

147. Cabe destacar que la perito no acompañó su afirmación con literatura médica o guías de práctica clínica que indicaran, de manera categórica, que el bolo de 1000 cm³ debía aplicarse de forma inmediata en casos como el presente. Al carecer de respaldo científico, su afirmación es una opinión, sin el sustento técnico necesario para desvirtuar el proceder médico que, en cambio, sí se encuentra soportado en los protocolos asistenciales y en las notas de enfermería allegadas al proceso.

148. En efecto, los testimonios de los médicos tratantes. El doctor Diego Fernando Barbosa indicó que, ante la presencia de tensión arterial baja, la conducta indicada era la administración de líquidos endovenosos en forma progresiva y no en grandes bolos de manera inmediata. En el mismo sentido, el doctor Helver Hernando Cárdenas precisó que la paciente recibió líquidos desde el inicio de la valoración y que, en atención a su estado clínico inicial, no era procedente suministrar grandes volúmenes de forma súbita, sino manejarla con incrementos paulatinos.

149. En consecuencia, queda demostrado que la administración de **oxígeno y líquidos endovenosos se efectuó dentro del término exigido para pacientes clasificados en Triage II** y en estricto apego a la *lex artis*. El hecho de que la paciente posteriormente sufriera un deterioro súbito e hipotensión severa no obedece a una demora en la instauración de las medidas médicas ni a la omisión de un bolo específico, sino a la evolución acelerada de su patología de base y al curso natural de la infección que la aquejaba.

150. Sobre el **quinto argumento** relacionado con la presunta demora en los exámenes, la Sala destaca que lo mismo sucedió con los paraclínicos, toda vez que consta que tan pronto se impartieron las órdenes médicas en la valoración inicial — realizada dentro del minuto siguiente a la clasificación en Triage II—, el personal de enfermería procedió a tomar las muestras de laboratorio mediante venopunción, actuación registrada a las 9:00 a.m y 9:30 a.m., lo que demuestra la inmediatez y diligencia en el cumplimiento de la instrucción médica.

151. Si bien los resultados de laboratorio no alcanzaron a ser obtenidos antes del fallecimiento de la paciente, ello no obedece a una omisión o negligencia del personal tratante, sino a la celeridad con la que evolucionó el cuadro clínico hacia un deterioro súbito que culminó en paro cardiorrespiratorio en menos de una hora desde su ingreso. Es decir, la falta de resultados oportunos no se derivó de la inactividad del Hospital Militar Central, sino del tiempo propio que toma el procesamiento de las pruebas en el laboratorio, el cual fue superado por la rápida progresión de la enfermedad.

152. De igual modo, se encuentra acreditado que la radiografía de tórax fue practicada directamente en la camilla de la paciente, mediante equipo portátil, precisamente con el fin de obtener la imagen en el menor tiempo posible y sin someter a la paciente a traslados que pudieran agravar su estado, ello según la consulta de medicina familiar a las 10:28 am, en donde se indicó que la paciente contaba con “*rx de tórax portátil*”. El hecho de que dicho procedimiento no registre una hora exacta en la historia clínica no implica que no se hubiese realizado, sino que confirma la prioridad que se otorgó a la inmediatez y a la estabilización del paciente sobre aspectos meramente formales del registro.

153. En consecuencia, no se configura demora alguna en la ejecución de los procedimientos diagnósticos, pues estos fueron realizados de manera inmediata y

diligente, por parte del Hospital Militar Central.

154. En esa misma línea, no puede prosperar la afirmación contenida en la pericia según la cual existió un *“retraso en la toma de exámenes paraclínicos, lo que limitó la oportunidad diagnóstica”*, por cuanto los registros de enfermería dan cuenta de que las muestras fueron tomadas de manera inmediata una vez fueron ordenadas por el médico tratante, cumpliendo con los protocolos asistenciales y dentro del marco temporal previsto para pacientes clasificados en Triage II conforme a la Resolución 5596 de 2015.

155. Lo que ocurrió fue que, debido al deterioro súbito del estado de salud de la paciente, no fue posible contar con los resultados de laboratorio antes de su deceso. En otras palabras, la ausencia de resultados finales no obedeció a una omisión o retraso atribuible al personal de salud, sino a la evolución rápida e inesperada de la condición clínica, la cual sobrevino antes de que los laboratorios procesaran y reportaran los análisis solicitados. A ello se suma que la radiografía de tórax —otro de los estudios ordenados— sí fue practicada, incluso en la misma camilla de urgencias, precisamente para garantizar la mayor celeridad posible en la atención.

156. Por ende, no existe fundamento probatorio que permita sostener que la oportunidad diagnóstica se vio afectada por un supuesto retraso en la toma de exámenes paraclínicos. Por el contrario, está acreditado que tales procedimientos se adelantaron de forma diligente y acorde con la *lex artis*, siendo la condición crítica de la paciente la que impidió contar con los resultados definitivos antes de su fallecimiento.

157. Por último y **como sexto argumento**, la parte recurrente indicó que se configuró una negación de la oportunidad de la paciente, ante los presuntos retrasos que tuvo la atención a la paciente Clemencia Coral el día 11 de julio de 2016.

158. Para la sala no se encuentra acreditada la afirmación de la recurrente en el sentido que en el presente caso se configuró una pérdida de la oportunidad de vida de la paciente, por supuesta demora en la atención y errada clasificación en Triage II. Lo anterior, si se tiene en cuenta que, para que prospere un argumento de **pérdida de oportunidad**, la jurisprudencia del Consejo de Estado ha señalado que la parte interesada debe acreditar, siquiera en grado de probabilidad suficiente, la existencia de una **chance real y cierto de vida o de mejoría**, susceptible de haber

sido truncada por la actuación u omisión del personal médico¹⁰.

159. En el sub lite, no existe prueba a partir de la cual pueda establecerse que, de haberse clasificado la paciente en Triage I, o de haberse practicado las intervenciones en un tiempo menor, se hubiesen modificado sustancialmente las posibilidades de sobrevivir o de mejorar la condición de la paciente. Antes bien, las pruebas obrantes en el proceso —particularmente la historia clínica, las notas de enfermería y los testimonios de los profesionales de la salud— muestran que la paciente fue valorada y atendida dentro de los tiempos previstos para el Triage II (esto es, en un lapso inferior a 30 minutos), que se suministró oxígeno de manera inmediata al ingreso a urgencias, y que se iniciaron líquidos endovenosos conforme a los protocolos de manejo escalonado, sin que exista evidencia de dilación injustificada.

160. Así mismo, no se acreditó que la evolución crítica y súbita de la paciente hubiese podido ser revertida con un manejo más agresivo o con la entrega de resultados paraclínicos antes de su fallecimiento. La ausencia de tales resultados obedece a la rapidez del deterioro, no a omisión del personal asistencial. Por tanto, resulta improcedente afirmar que existió privación de la oportunidad de vida, pues esta figura no se presume, sino que debe demostrarse con base en elementos objetivos y científicos que no fueron aportados.

161. En conclusión, la tesis de la parte actora, en el sentido de que la clasificación en Triage II privó a la paciente de una posibilidad real de sobrevivir, carece de soporte probatorio y no logra desvirtuar la consideración de acierto que ampara la actuación médica desplegada por el Hospital Militar Central, la cual se ajustó a los parámetros de la Resolución 5596 de 2015.

162. Contrario a lo sostenido por la parte actora, lo que efectivamente se encuentra acreditado en el expediente es que la señora **Clemencia Coral acudió al Hospital Militar Central después de haber presentado durante aproximadamente una semana un cuadro respiratorio y febril**, que se agravó rápidamente en la fecha de la que ingresó a urgencias del hospital.

163. En consecuencia, el desenlace fatal ocurrido en las instalaciones hospitalarias no puede atribuirse, como lo pretende la parte demandante, a una

¹⁰ Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección B sentencia del 12 de octubre de 2017 radi: 66001-23-31-000-2005-01021-04 (42803) del 12 de octubre de 2017 CP Ramiro Pazos Guerrero

supuesta omisión del personal médico en el manejo inicial de urgencias, sino a la evolución natural y acelerada de la patología que la paciente arrastraba desde hacía varios días, la cual al momento de su ingreso ya se encontraba en un estado avanzado de deterioro.

164. De esta manera, se evidencia que el desenlace no obedeció a una atención inoportuna dentro de la institución, sino a la gravedad acumulada del cuadro clínico, que venía gestándose antes de su ingreso, y que limitó objetivamente la capacidad de respuesta terapéutica del cuerpo médico, aun cuando se aplicaron las medidas necesarias de estabilización en los tiempos establecidos por la normativa aplicable.

165. De conformidad con lo expuesto, esta Sala concluye que ninguno de los planteamientos expuestos por la parte recurrente resulta de recibo. En efecto, la historia clínica, los testimonios de los médicos tratantes y los registros de enfermería permiten acreditar que la paciente fue clasificada de manera correcta en **Triage II**, atendiendo a los signos vitales y parámetros clínicos registrados a su ingreso, clasificación que resulta plenamente ajustada a los lineamientos de la Resolución 5596 de 2015 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

166. En este sentido, debe resaltarse que la atención prestada a la paciente se efectuó dentro del término fijado por la citada normativa, esto es, en un lapso inferior a los treinta (30) minutos contados desde su llegada al servicio de urgencias. Así, tanto la administración de oxígeno suplementario como la canalización y suministro de líquidos endovenosos se llevaron a cabo de forma diligente, en concordancia con la condición clínica que presentaba.

167. Igualmente, se desvirtúa cualquier afirmación relativa a una supuesta privación en la atención médica, por cuanto se encuentra acreditado que la paciente recibió desde el inicio las medidas de estabilización necesarias, en observancia de la *lex artis* y con apego a los protocolos de urgencias. Si bien la evolución posterior condujo a un deterioro súbito e irreversible, ello obedeció a la severidad del cuadro infeccioso, más no a una demora, omisión o negligencia del Hospital Militar Central.

168. Por consiguiente, al haberse demostrado que la clasificación en triage fue adecuada, que las intervenciones terapéuticas se ejecutaron dentro de los plazos previstos por la regulación sanitaria y que nunca se configuró una privación de atención, los argumentos expuestos en el recurso de apelación carecen de fundamento y no logran enervar la decisión adoptada en primera instancia, la cual

debe ser confirmada en su integridad.

COSTAS

169. Las costas del proceso son todas aquellas erogaciones necesarias para dar curso a la actuación judicial y llevarla a su culminación. Están compuestas por dos tipos de gastos, de un lado, los denominados gastos ordinarios del proceso y, de otro lado, las agencias en derecho.

170. Los gastos ordinarios del proceso corresponden a las expensas útiles para tramitar el proceso, o sea, están destinados a sufragar los costos de la actuación judicial y sin estos no se puede impulsar el proceso. Están a cargo de la parte demandante, por ser quien activa la jurisdicción, y su falta de cancelación puede conllevar a la declaratoria de desistimiento tácito del proceso.

171. De este modo, el pago de los gastos ordinarios del proceso constituye un requisito para dar curso a la demanda en los eventos en que se determine su procedencia. Al respecto el numeral 4 del artículo 171 de la Ley 1437 de 2011 señala:

El juez admitirá la demanda que reúna los requisitos legales y le dará el trámite que le corresponda, aunque el demandante haya indicado una vía procesal inadecuada, mediante auto en el que dispondrá:

(...) 4. Que el demandante deposite, en el término que al efecto se le señale, la suma que los reglamentos establezcan para pagar los gastos ordinarios del proceso, cuando hubiere lugar a ellos. El remanente, si existiere, se devolverá al interesado, cuando el proceso finalice. En las acciones cuya pretensión sea exclusivamente la nulidad del acto demandado no habrá lugar al pago de gastos ordinarios del proceso.

172. Las agencias en derecho corresponden a las sumas discrecionales que el juez decreta a favor de la parte vencedora del litigio por apoderamiento judicial, pero que no corresponden a los honorarios del abogado que ejerce la representación judicial de quien sale avante en el proceso.

173. En cuanto a la condena en costas, el artículo 188 del CPACA establece:

ARTÍCULO 188. CONDENAS EN COSTAS. *Salvo en los procesos en que se ventile un interés público, la sentencia dispondrá sobre la condena en costas, cuya liquidación y ejecución se regirán por las normas del Código de Procedimiento Civil.*

En todo caso, la sentencia dispondrá sobre la condena en costas cuando se establezca

que se presentó la demanda con manifiesta carencia de fundamento legal¹¹.

174. Así, es necesario acudir a las reglas fijadas en el Código General del Proceso en materia de condena en costas, la cuales están contenidas en el artículo 365 en los siguientes términos:

ARTÍCULO 365. CONDENA EN COSTAS. *En los procesos y en las actuaciones posteriores a aquellos en que haya controversia la condena en costas se sujetará a las siguientes reglas:*

1. Se condenará en costas a la parte vencida en el proceso, o a quien se le resuelva desfavorablemente el recurso de apelación, casación, queja, súplica, anulación o revisión que haya propuesto. Además, en los casos especiales previstos en este código.

Además, se condenará en costas a quien se le resuelva de manera desfavorable un incidente, la formulación de excepciones previas, una solicitud de nulidad o de amparo de pobreza, sin perjuicio de lo dispuesto en relación con la temeridad o mala fe.

2. La condena se hará en sentencia o auto que resuelva la actuación que dio lugar a aquella.

3. En la providencia del superior que confirme en todas sus partes la de primera instancia se condenará al recurrente en las costas de la segunda.

4. Cuando la sentencia de segunda instancia revoque totalmente la del inferior, la parte vencida será condenada a pagar las costas de ambas instancias.

5. En caso de que prospere parcialmente la demanda, el juez podrá abstenerse de condenar en costas o pronunciar condena parcial, expresando los fundamentos de su decisión.

175. Para la Sala, del análisis de la normativa citada se concluye que la condena en costas no obedece al análisis de la conducta de la parte vencida en juicio, sino al hecho de perder el proceso o resolver de forma desfavorable las pretensiones, excepciones o el recurso interpuesto, siempre y cuando se acredite su causación.

176. En este aspecto, es importante precisar que el inciso introducido con la Ley 2080 de 2021, no implica que se haya retomado el criterio subjetivo para la condena en costas en los procesos que se tramitan ante esta jurisdicción, sino que estableció la posibilidad de decretar condena en este aspecto, incluso, en los eventos en que se ventila un interés público, es decir, contempla una excepción a la excepción contenida en el primer inciso del artículo 188 del CPACA.

177. No obstante, debe precisarse que no existen gastos procesales probados, ni tampoco actuación en segunda instancia por parte de la entidad demandada, por

¹¹ Inciso adicionado por el artículo 47 de la Ley 2080 de 2021.

ende, no existen agencias en derecho a liquidar. En consecuencia, la Sala se abstendrá de condenar en costas a la parte actora.

En mérito de lo expuesto, el TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE CUNDINAMARCA – SECCIÓN TERCERA – SUBSECCIÓN A, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

FALLA:

PRIMERO: Confirmar la sentencia proferida el 27 de marzo de 2023 por el Juzgado Treinta y Siete (37) Administrativo del Circuito Judicial de Bogotá., que negó las pretensiones de la demanda, pero por las razones aquí expuestas.

SEGUNDO: Sin condena en costas en esta instancia.

TERCERO: NOTIFÍQUESE ELECTRÓNICAMENTE la presente decisión, mediante el envío de mensaje de datos a los correos electrónicos de las partes y a la agente del Ministerio Público al buzón de correo electrónico institucional; bajo la advertencia de que las manifestaciones de las partes deberán efectuarse de manera preferente a través del uso de las tecnologías de la información y la comunicación, específicamente la VENTANILLA VIRTUAL SAMAI.

CUARTO: La presente sentencia fue discutida y aprobada en Sala de Decisión virtual de la fecha, y en constancia de aceptación de su contenido se suscribe por los Magistrados que la conforman con la imposición de firma electrónica por el aplicativo SAMAI.

QUINTO: Ejecutoriada la presente providencia, devuélvase el expediente al juzgado de origen, previas las constancias del caso.

CÓPIESE, NOTIFÍQUESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

(Aprobado en Acta de Sesión de la fecha.)

Firmado electrónicamente
BEATRIZ TERESA GALVIS BUSTOS
Magistrada

Firmado electrónicamente
JUAN CARLOS GARZÓN MARTÍNEZ
Magistrado

Firmado electrónicamente
MARÍA DEL TGRANSITO HIGUERA GUÍO
Magistrada