



JUZGADO TERCERO ADMINISTRATIVO DE FLORENCIA - CAQUETÁ

SENTENCIA

Florencia – Caquetá, dieciocho (18) de diciembre de dos mil veinticuatro (2024)

MEDIO DE CONTROL: REPARACIÓN DIRECTA
DEMANDANTE: SANDRA LILIANA GUARACA Y OTROS
DEMANDADO: ESE HOSPITAL MARÍA INMACULADA Y OTRO
RADICACIÓN: 18-001-33-33-003-2017-00786-00

1. ASUNTO.

Procede el Juzgado Tercero Administrativo de Florencia a proferir sentencia de primera instancia que en derecho corresponda, dentro del medio de control con pretensión de reparación directa incoado por **SANDRA LILIANA GUARACA SALAZAR, MAURICIO GUARACA SALAZAR, LEIDY JOHANA GUARACA SALAZAR, ALVARO GUARACA SALAZAR, JOHN GUARACA SALAZAR, FREDY GUARACA SALAZAR, OBDULIO ARDILA HERNÁNDEZ, OBDULIO ARDILA GUARACA, YULIETH ARDILA GUARACA; MARIA DERLY ARDILA GUARACA, LOURDES SALAZAR DE GUARACA, LILIA GUARACA SALAZAR, CECILIA GUARACA SALAZAR, RUBIELA GUARACA SALAZAR, MARÍA BETTY GUARACA SALAZAR, DAVID GUARACA SALAZAR, LUZ MARY GUARACA SALAZAR, NELLY GUARACA SALAZAR, JOLMAN GUARACA SALAZAR, YEINSON GUARACA SALAZAR, EDGAR GUARACA SALAZAR y DUFAY GUARACA SALAZAR**, en contra de la **ESE HOSPITAL MARÍA INMACULADA DE FLORENCIA y PAR CAPRECOM LIQUIDADO** con el fin de obtener la reparación de los perjuicios causados con la muerte de la señora OFELIA GUARACA SALAZAR ocurrida el 17 de septiembre de 2015.

2. POSICIÓN DE LA PARTE ACTORA.

2.1. HECHOS RELEVANTES.

En audiencia inicial celebrada el día 22 de abril de 2022¹, se fijó el litigio frente a los siguientes hechos.

La señora Ofelia Guaraca Salazar era beneficiaria del régimen en salud contributivo y afiliada a la extinta EPS Caprecom.

La señora Ofelia ingresa en tres ocasiones a la ESE Fabio Jaramillo Londoño IPS Milán, en fechas 24 de mayo, 9 de julio y 9 de septiembre de 2015, la primera vez por una tos seca sin expectoración, la segunda vez con cuadro clínico de expectoración con sibilancias y dificultad respiratoria, y la tercera vez por dolor abdominal y ardor al nivel del epigastrio.

En la última oportunidad se le diagnosticó gastritis crónica, se le dieron órdenes médicas y salida a las 5:00 pm, no obstante la paciente reingresa a las 9:00 pm, se le diagnostica gastritis crónica e infección de vías urinarias, se deja en observación, y al día siguiente 10 de septiembre de 2015 se ordena remisión a tercer nivel de complejidad, es aceptada por

¹ PDF 46ActaAlInicial – Expediente Electrónico.

contra referencia de la ESE Hospital María Inmaculada, remitida por ambulancia fluvial, y recibida en servicio de urgencias a las 11:06 horas del mismo día.

En la ESE Hospital María Inmaculada se le realizan paraclínicos, Medicina Interna ordena manejo como trastorno Hidroelectrolítico e Hiponatremia, medicina general reporta campos pulmonares con murmullo vesicular disminuido, luego de radiografía de tórax es valorada nuevamente por medicina interna considerando necesario descartar neoplasia y remisión a especialidad de neumología, luego medicina general diagnostica un tumor de comportamiento incierto o desconocido de la tráquea, bronquios y pulmón, con disminución de murmullo vesicular del pulmón izquierdo. Luego medicina interna encuentra distrés respiratorio, presencia de masa y pérdida de volumen pulmonar severo de pulmón izquierdo, además de una dilatación aneurismática de aorta.

La orden de remisión a neumología ocurrió el 11 de septiembre de 2015, y se estuvo en espera de aceptación en la institución, en ese interregno tuvo múltiples atenciones por especialistas en medicina general, medicina interna y una por cirugía general, sin embargo resalta la parte actora que a la paciente se le ordenó un TAC de tórax desde el 11 de septiembre, sus resultados solamente fueron leídos el 14, además hasta el día 14 no se había iniciado manejo al hipotiroidismo de la paciente, lo cual complicó su salud presentado desequilibrio hidroelectrolítico e hipoventilación, a la lectura del TAC se determina fibrosis pulmonar, fibrotorax, enfisema, entre otros, descartando la presunta masa en el pulmón izquierdo, y por la tardanza de dicho diagnóstico se impidió brindar un tratamiento adecuado, momento en el cual dada la complejidad de la enfermedad se ordena remitir nuevamente a UCI, la paciente se intuba a las 11:42 pm de 14 de septiembre, y el avance un bronconeumonía, la cual se fue agravando hasta su fallecimiento el 17 de septiembre de 2015, sin que se realizara la remisión de la paciente, a pesar que incluso se presentó acción de tutela y se ordenó la remisión inmediata desde un día antes de ocurrir el fallecimiento.

En conclusión, endilga errores en la atención médica de la ESE, e incumplimiento al deber de garantizar una red hospitalaria para la remisión de la paciente por parte de CAPRECOM, y solicita la reparación de los perjuicios de toda índole a los demandantes en este asunto.

2.2. PRETENSIONES.

Que se declare a la ESE HOSPITAL MARÍA INMACULADA DE FLORENCIA y al PATRIMONIO AUTÓNOMO DE REMANENTES PAR CAPRECOM LIQUIDADO extracontractual y patrimonialmente responsables en forma solidaria de los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales causados a los demandantes como consecuencia de la muerte de la señora Ofelia Guaraca Salazar, causado por error en el diagnóstico, desconocimiento de la lex artis y negligencia médica, durante la hospitalización y remisión de la paciente cuando se encontraba bajo el cuidado y atención de las instituciones demandadas.

Como consecuencia de lo anterior, se condene a las entidades accionadas a reconocer y pagar en favor de los demandantes los siguientes perjuicios:

Morales:

- Para SANDRA LILIANA GUARACA SALAZAR, MAURICIO GUARACA SALAZAR, LEIDY JOHANA GUARACA SALAZAR, ÁLVARO GUARACA SALAZAR, JOHN GUARACA SALAZAR, FREDY GUARACA SALAZAR, OBDULIO ARDILA GUARACA, YULIETH

ARDILA GUARACA y DERLI ARDILA GUARACA, en calidad de hijos de la víctima directa, el equivalente a 100 smmlv, para cada uno.

- Para OBDULIO ARDILA HERNÁNDEZ, en calidad de compañero permanente de la víctima directa, el equivalente a 100 smmlv, para cada uno.
- Para LOURDES SALAZAR DE GUARACA, en calidad de madre de la víctima directas, el equivalente a 100 smmlv, para cada uno.
- Para LILIA GUARACA SALAZAR, CECILIA GUARACA SALAZAR, RUBIELA GUARACA SALAZAR, MARÍA BETTY GUARACA SALAZAR, DAVID GUARACA SALAZAR, LUZ MARY GUARACA SALAZAR, NELLY GUARACA SALAZAR, JOLMAN GUARACA SALAZAR, YEINSON GUARACA SALAZAR y EDGAR GUARACA SALAZAR, en calidad de hermanos de la víctima directa, el equivalente a 50 smmlv, para cada uno.
- Para OFELIA GUARACA SALAZAR (q.e.p.d.), en calidad de víctima directa, el equivalente a 100 smmlv, suma que será recibida por sus hijos en calidad de herederos.

Daño a la salud:

- Para OFELIA GUARACA SALAZAR (q.e.p.d.), en calidad de víctima directa, el equivalente a 400 smmlv, suma que será recibida por sus hijos en calidad de herederos.

Materiales:

- Para el menor OBDULIO ARDILA GUARACA en calidad de hijo de la víctima directa, la suma de \$6.112.924=, en la modalidad de lucro cesante consolidado y la suma de \$16.969.886=, en la modalidad de lucro cesante futuro.
- Para la menor YULIETH ARDILA GUARACA en calidad de hija de la víctima directa, la suma de \$6.112.924=, en la modalidad de lucro cesante consolidado y la suma de \$17.734.842=, en la modalidad de lucro cesante futuro.
- Para MARÍA DERLI ARDILA GUARACA en calidad de hija de la víctima directa, la suma de \$6.112.924=, en la modalidad de lucro cesante consolidado y la suma de \$14.811.634=, en la modalidad de lucro cesante futuro.

Que las sumas causadas devenguen los intereses previstos en los artículos 192 y 195 del CPACA, que se ejecute en los términos establecidos en el artículo 192 inc. 2, y se condene en costas procesales a las demandadas.

3. POSICIÓN DE LA PARTE DEMANDADA.

3.1. ESE HOSPITAL MARÍA INMACULADA DE FLORENCIA

Acepta que Caprecom era la entidad a la cual se encontraba afiliada la paciente y fue la empresa a la que se le reportó en todo momento la necesidad de la remisión. Refiere que no le constan las atenciones recibidas en otras instituciones médicas.

Acepta que la paciente ingresó al HMI el 10 de septiembre de 2015 a las 11:23 por el servicio de urgencias, aclarando que en el cuadro inicial los exámenes son reportados como normales, el hemograma es normal y no muestra hallazgos sugestivos de infección; los demás exámenes están dentro de los límites normales, por tanto, se inicia manejo de hidratación y reposición de electrolitos debido a su cuadro de diarrea y vómito, conducta que se considera adecuada.

Acepta que según la historia de la paciente se afirmó una "imagen sugestiva de masa pulmonar izquierda con desviación de la tráquea", pero no se está asegurando que la paciente tenga una masa, incluso, en forma correcta se solicita un TAC de tórax para etiología de masa.

Aclara que la descripción de "gran opacidad en pulmón izquierdo (masa)" corresponde a un resultado de la TAC de tórax tomada a la paciente siendo así descrito el 12 de septiembre de 2015 a las 07:38, lo cual muestra que hubo diligencia en cuanto al estudio diagnóstico y se utilizaron todos los recursos disponibles en el hospital (RX de tórax y tomografía) con el fin de aclarar la patología de la paciente.

Sostiene, que la paciente no muestra otros síntomas respiratorios sugestivos de neumonía como son tos, fiebre, dolor torácico, expectoración, por lo que la sospecha es una probable masa pulmonar debido a lo cual medicina interna ordena la remisión a neumología para continuar con su estudio y manejo.

Aclara también, que la presencia de murmullo vesicular disminuidos no confirma un diagnóstico de neumonía, solo confirma que existe una anomalía en el pulmón que dificulta el paso de aire, lo cual también puede ser presentado por un paciente que tenga una masa en su pulmón, como una neoplasia, por ejemplo, entre otras causas.

Sostiene que la historia clínica muestra en los antecedentes personales, la ingestión por parte de la paciente de levotiroxina sódica por 50 mcg, lo que no implica que en el momento de la hospitalización presentara un cuadro de hipotiroidismo, pues incluso el resultado de la hormona tiroidea (TSH) se reportó normal el 15 de septiembre de 2015, lo que descarta la presencia de coma mixedematoso (coma hipotiroideo) que es una de las impresiones diagnósticas de esa paciente, por lo que el deterioro de la paciente no se debe a un hipotiroidismo no tratado como se pretende hacer ver en la demanda.

Considera que tampoco es cierta la afirmación de que no se tomó el TAC de tórax ordenado, ya que en la historia clínica se reporta el resultado de la tomografía citada el 12 de septiembre de 2015 a las 07:38 horas como "gran opacidad en pulmón izquierdo (masa)".

Es cierto que se sospecha por primera vez de un cuadro de neumonía y se procede el inicio de manejo antibiótico, pero insiste que el cuadro clínico no es característico de una neumonía ya que la paciente únicamente presenta pico febril el 15 de septiembre a las 08 horas, así mismo acepta la intubación y ventilación mecánica ante la dificultad respiratoria de la paciente, pero que ello no significaba necesariamente una neumonía.

Afirma igualmente que ante signos de una posible neoplastia se remitió la paciente a neumología desde el 11 de septiembre de las 13 horas, sin que esta se hiciera efectiva por parte de la EPS.

Considera que no puede asegurarse que la muerte sea por causa de una neumonía, ni por hipotiroidismo no tratado como se indica en la demanda, pues la paciente desde su ingreso no mostró síntomas de neumonía, por lo que no es correcto afirmar que existió error en el diagnóstico o negligencia médica.

Niega todo lo que sea ajeno a las atenciones brindadas en esa institución, y sostiene que la responsabilidad de la remisión está a cargo de la EPS y que el HMI hizo la gestión de presentación del caso a diferentes IPS, pero no hubo aceptación.

3.2. PAR CAPRECOM LIQUIDADO

Sostiene que la EPS para la época en operatividad puso a disposición de la paciente una completa red de instituciones prestadoras de salud a las cuales podía acudir, sin evidenciarse falla o negligencia.

En cuanto a las atenciones médicas refiere que se evidencia de la historia clínica que la paciente se encontrada en delicado estado de salud dada la patología presentada, pero que no le consta la realización de exámenes, diagnósticos y demás actividades propias de la atención en salud del paciente por parte de las IPS siendo a quienes les corresponde afirmar o desvirtuar lo alegado en la demanda.

En cuanto a orden de remisión a neumología, alega que es cierto que se hizo desde el 12 de septiembre, pero que no se había podido realizar dada la complejidad de conseguir cupo en UCI teniendo en cuenta que solo se cuenta con esa unidad en la Clínica Mediláser, pero no por inoperatividad de la EPS.

Además, Caprecom realizó todas las gestiones administrativas del caso para la aceptación de la paciente en diferentes centros hospitalarios, no logrando su materialización por falta de especialistas en los centros con los que se tenía contrato y por no disponibilidad en cama UCI, recordando que nadie está obligado a lo imposible.

Refiere que es cierta la acción constitucional interpuesta en contra de Caprecom EPS pero aclara que la entidad no violó los derechos fundamentales de la paciente pues siempre hizo las gestiones pertinentes; igualmente refiere que es cierta la denuncia penal radicada por los familiares de la señora Ofelia Guaraca pero no le consta el estado actual de la investigación.

3.3. LLAMADA EN GARANTÍA ALLIANZ SEGUROS S.A.

Refiere que, desde el ingreso de la señora Ofelia Guaraca Salazar el día 10 de septiembre de 2015, se ordenaron más 56 exámenes de laboratorio con el fin de determinar la patología presentada por la paciente, además de imágenes diagnósticas como ecografías de abdomen, radiografías de tórax, electrocardiogramas y TAC de tórax. Todo, con el fin de lograr un diagnóstico certero frente a las patologías que fue presentando la paciente, durante su estancia en el Hospital María Inmaculada, siendo ello prueba de la diligencia.

Así mismo, que teniendo en cuenta que solo el especialista en neumología podía determinar un diagnóstico definitivo, se ordena su remisión el día 11 de septiembre de 2015, puesto que esta especialidad que no integraba el conjunto de profesionales pertenecientes al Hospital María Inmaculada dado su nivel de complejidad, sin que su EPS -CAPRECOM- en ningún momento la ejecutara.

Aclara, que la parte actora confunde los resultados de la radiografía de tórax y del TAC de tórax, ya que la primera refleja un aumento de la trama parahiliar, imagen sugestiva de masa pulmonar izquierda con desviación de la tráquea, mientras que el TAC muestra una gran opacidad en pulmón izquierdo (masa).

En lo demás indica que no le constan por ser ajenos a ella y que en todo caso corresponde a la parte actora acreditar su dicho con las pruebas que resulten pertinentes, conducentes y útiles para el efecto.

4. ALEGATOS DE CONCLUSIÓN.

4.1. PARTE ACTORA²

Insistiendo en un despacho favorable de las pretensiones de la demanda, sostiene que las pruebas allegadas al proceso demuestran que el Hospital María Inmaculada de Florencia es responsable de proporcionar un servicio médico deficiente a la señora Ofelia Guaraca Salazar, pues durante su hospitalización, se emitieron múltiples diagnósticos errados sin utilizar las herramientas diagnósticas disponibles, lo que impidió un tratamiento adecuado y oportuno que podría haber aumentado significativamente su supervivencia.

De otra parte, señala que, desde el 11 de septiembre de 2015 se ordenó la remisión de la paciente a la subespecialidad de neumología debido a una neoplasia pulmonar, y tres días después, a una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) por su estado crítico. Sin embargo, ninguna de estas remisiones se concretó debido a la inoperancia administrativa de la EPS CAPRECOM, a pesar de existir órdenes judiciales que así lo ordenaban. De modo que la EPS no cumplió con su obligación de garantizar la atención adecuada, ya que las instituciones de salud no aceptaron las remisiones por falta de contrato con dicha entidad.

4.2. ESE HOSPITAL MARÍA INMACULADA DE FLORENCIA³

Asegura que, en el presente caso no se configuró un error de diagnóstico, como lo afirman los demandantes, por cuanto i) los médicos realizaron un correcto interrogatorio y establecieron que la paciente ingresó con dolor abdominal, emesis, diarrea, diaforesis e hipotensión, síntomas que no se relacionan directamente con una enfermedad pulmonar; ii) la paciente fue sometida a una exploración física completa, registrada en la historia clínica; iii) se ordenaron exámenes de laboratorio y una radiografía de tórax que sugirió una masa en el pulmón izquierdo, pero la paciente no presentaba fiebre, tos ni dificultad respiratoria, y el hemograma no indicaba infecciones, descartando clínicamente la neumonía; iv) el seguimiento a la paciente se realizó con apoyo del personal paramédico, cumpliendo las órdenes médicas; v) los exámenes y síntomas se interpretaron correctamente. La neumonía se diagnostica principalmente de forma clínica, no solo por imágenes. Los síntomas y el hemograma no apoyaban el diagnóstico de neumonía. Se ordenó la remisión a neumología, pero no se concretó y, vi) cuando aparecieron síntomas de fiebre y dificultad respiratoria, se inició manejo antibiótico. Al deteriorarse la paciente, se ordenó su remisión a UCI, que no se concretó, empeorando su estado hasta la muerte.

Se refiere al dictamen pericial practicado por el doctor Jorge Mario Villa, frente al cual señala que el experto no pudo emitir una opinión definitiva sobre la causa de la muerte de la señora Ofelia Guaraca Salazar, quien además reconoció que no se pudo determinar qué enfermedad padecía. Hecho que explica por qué se hicieron múltiples diagnósticos

² Documento 54 – Índice 00081 – SAMAI.

³ Documento 59 – Índice 00083 – SAMAI.

durante su hospitalización sin llegar a uno definitivo que permitiera un tratamiento adecuado. El perito señaló que se realizaron 21 diagnósticos diferentes, sin embargo, reconoce que algunos de estos se fueron descartando por la evolución de la paciente.

Considera la demandada que el caso de la paciente era atípico, con signos y síntomas poco claros; por ejemplo, un TAC de tórax sugirió bronconeumonía, pero la paciente no presentaba síntomas típicos como tos o fiebre, además, la necropsia no mostró signos de infección pulmonar.

En cuanto a la falta de remisión a un centro de mayor complejidad que contara con especialidad en neumología, sostiene que de acuerdo con las bitácoras de referencia y contra referencia, se demuestra que la entidad realizó todas las gestiones en procura de lograr la misma, sin embargo, la responsabilidad al respecto la tiene la EPS del apaciente y no el hospital que gestionó la remisión sin éxito debido a la falta de aceptación por parte de las entidades receptoras.

Finalmente, pide se nieguen las pretensiones de la demanda y se condene en costas y agencias en derecho a la parte demandante.

4.3. PAR CAPRECOM LIQUIDADO⁴

En oportunidad descurre el traslado para alegar de conclusión señalando que la entidad no tuvo responsabilidad directa en el fallecimiento de la señora Ofelia Guaraca Salazar, pues cumplió con todas sus obligaciones administrativas y aclara que las instituciones prestadoras de salud y los profesionales tratantes son los responsables de cualquier error en la atención médica. Precisa que, aunque se realizaron todas las gestiones para obtener un cupo en la UCI, no fue posible debido a la falta de disponibilidad de camas, lo cual escapa de la responsabilidad de la EPS. Por lo tanto, no se puede atribuir responsabilidad a CAPRECOM EPS en este caso.

De otra parte, sostiene que el fallecimiento de la señora Ofelia Guaraca no se debió a negligencia, demoras en autorizaciones o remisiones, negación del servicio, falta de atención por especialistas o falta de cuidado por parte de la EPS; sino a situaciones ajenas a la EPS, pues como se manifestó, el código de aceptación UCI no se logró única y exclusivamente por falta de disponibilidad de disponibilidad de camas, lo cual exonera a la EPS de responsabilidad.

Insiste en que, en su momento, CAPRECOM cumplió con su obligación de garantizar la prestación del servicio de salud, pero la atención directa fue responsabilidad de las instituciones prestadoras de salud, que operan con autonomía y capacidad técnica, financiera, presupuestal, administrativa y humana. Así mismo, como administradora del Régimen Subsidiado en Salud, la entidad tenía entonces la responsabilidad de construir una red de servicios que garantizara la cobertura del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado a sus afiliados, contratando con instituciones públicas y privadas. Por lo tanto, no existía subordinación entre CAPRECOM y el Hospital María Inmaculada, ya que el personal médico del hospital es independiente.

Por último, reitera que cumplió con todas sus obligaciones y no hubo negación del servicio, demoras en autorizaciones, ni violaciones del sistema de referencia, de modo que, cualquier falla médica debe ser atribuida al hospital y no a dicha demandada.

⁴ Índice 00079 - SAMAI.

4.4. ALLIANZ SEGUROS S.A.⁵

En sus alegaciones finales, la llamada en garantía manifiesta que, se demostró la diligencia con la que actuó el Hospital María Inmaculada en todas las fases del acto médico de diagnóstico, seguimiento y tratamiento; frente a este último, afirma que el hospital reaccionó a los cambios clínicos y evolución de la paciente conforme lo permitían sus posibilidades técnicas, personal de la salud y poder jurídico, derivados de su nivel de complejidad.

Lo anterior se demuestra en que a la paciente se le realizaron muchos exámenes y diagnósticos, sin embargo, a pesar de las órdenes de remisión a especialistas, no se obtuvo respuesta oportuna de la EPS CAPRECOM.

Considera que ni el dictamen pericial practicado a instancia de la parte actora ni las demás pruebas presentadas en el proceso permiten demostrar que, si se hubiera diagnosticado una enfermedad específica, como sugiere el extremo actor, o si se hubieran realizado u omitido ciertos procedimientos, la paciente se habría salvado o al menos habría tenido una oportunidad de sobrevivir.

Finalmente, con relación al llamamiento en garantía alega la inexistencia de obligación indemnizatoria a cargo de Allianz seguros S.A. por la no realización del riesgo asegurado en la póliza de responsabilidad civil-profesional clínicas y hospitales No. 021732296/0; las exclusiones de amparo concertadas en la póliza de responsabilidad civil No. 021732296/0; límites máximos establecidos en la póliza de responsabilidad civil No. 021732296/0; disponibilidad del valor asegurado y deducible concertado en la póliza de responsabilidad civil No. 021732296/0.

5. CONSIDERACIONES DEL DESPACHO.

5.1. Competencia.

Es competente este Despacho judicial en cuanto a la jurisdicción (Artículo 104 Numeral 1 CPACA), por factor funcional de los jueces administrativos en primera instancia (Artículo 155 Numeral 6 CPACA), y por razón del territorio (Artículo 156 Numeral 6 CPACA).

5.2. Problema Jurídico.

Las entidades accionadas ESE Hospital María Inmaculada de Florencia y PAR CAPRECOM LIQUIDADO, ¿son responsables de los perjuicios materiales e inmateriales reclamados por los demandantes con ocasión de muerte de la señora Ofelia Guaraca Salazar, derivada al parecer de la falla en la prestación del servicio médico de salud por parte de dichas entidades?

Para proceder a resolver este interrogante, serán examinados y desarrollados aspectos tales como: la ocurrencia de los elementos de responsabilidad, daño, imputabilidad, antijuridicidad y régimen aplicable.

⁵ Documento 54 - Índice 00080 - SAMAI.

5.3. De La Responsabilidad Del Estado.

La institución de la responsabilidad del Estado en Colombia, encuentra su fundamento en el artículo 90 de nuestra Constitución Política que a su tenor reza: ***“El Estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas. En el evento de ser condenado el Estado a la reparación patrimonial de uno de tales daños, que haya sido consecuencia de la conducta dolosa o gravemente culposa de un agente suyo, aquél deberá repetir contra este”***; del contenido de la precitada norma Constitucional, se desprenden los tres elementos que configuran la responsabilidad Estatal siendo estos, el daño antijurídico, la imputación del mismo a la entidad pública demandada y el nexo de causalidad.

5.3.1. Régimen De Responsabilidad Bajo El Cual Se Analizará El Caso Concreto.

De la lectura de la demanda y demás escritos presentados por la parte accionante, se evidencia su inclinación por encuadrar la responsabilidad de las entidades accionadas HOSPITAL MARÍA INMACULADA DE FLORENCIA ESE y PAR CAPRECOM LIQUIDADO, dentro del régimen subjetivo de responsabilidad a título de falla en el servicio, la cual considera se deriva del daño ocasionado a los demandantes por la muerte de la señora OFELIA GUARACA SALAZAR como resultado de la deficiente prestación del servicio médico de salud.

La falla del servicio ha sido en nuestro derecho, y continúa siendo, el título jurídico de imputación por excelencia para desencadenar la obligación indemnizatoria del Estado; en efecto, si al Juez Administrativo le compete una labor de control de la acción administrativa del Estado y si la falla del servicio tiene el contenido final del incumplimiento de una obligación a su cargo, no hay duda de que es ella el mecanismo más idóneo para asentar la responsabilidad patrimonial de naturaleza extracontractual.⁶

En este punto, y por tratarse de un juicio de responsabilidad administrativa y patrimonial que tiene lugar en un contexto de *mala praxis médica*, esta Judicatura considera pertinente traer a colación la jurisprudencia del Consejo de Estado, a fin de esclarecer el régimen de imputación aplicable y la noción de pérdida de oportunidad.

Así las cosas, de un lado tenemos que:

*“En casos como el presente en donde se discute la responsabilidad de los establecimientos prestadores del servicio de salud la Sección ha establecido que el régimen aplicable es el de falla del servicio, realizando una transición entre los conceptos de falla presunta y falla probada, constituyendo **en la actualidad posición consolidada de la Sala en esta materia aquella según la cual es la falla probada del servicio el título de imputación bajo el cual es posible configurar la responsabilidad estatal por la actividad médica hospitalaria**”⁷.* (Negrita y subrayado fuera del texto).

En circunstancias análogas la Sección Tercera ha expuesto que:

⁶ CONSEJO DE ESTADO SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO SECCION TERCERA SUBSECCION A Consejero ponente: MAURICIO FAJARDO GOMEZ. Bogotá, D.C., siete (7) de abril de dos mil once (2011) Radicación número: 52001-23-31-000-1999-00518-01(20750) Actor: ALICIA MARGOTH MONTILLA Y OTROS Demandado: MUNICIPIO DE SAN LORENZO Y OTRO.

⁷ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Sentencia del 08 de junio de 2011, Radicado: 19360. M.P. HERNÁN ANDRADE RINCÓN.

“(…) la falta de evaluaciones y, en general, la ausencia de atención idónea y necesaria para determinar la dimensión de la lesión padecida por el paciente y su respectivo tratamiento compromete la responsabilidad patrimonial de la entidad demandada a través de la pérdida de oportunidad.

La pérdida de oportunidad constituye, una particular modalidad de daño caracterizada porque en ella coexisten un elemento de certeza y otro de incertidumbre: la certeza de que en caso de no haber mediado el hecho dañino el damnificado habría conservado la esperanza de obtener en el futuro una ganancia o de evitar una pérdida para su patrimonio y la incertidumbre, definitiva ya, en torno de si habiéndose mantenido la situación fáctica y/o jurídica que constituía presupuesto de la oportunidad, realmente la ganancia se habría obtenido o la pérdida se hubiere evitado; expuesto de otro modo, a pesar de la situación de incertidumbre, hay en este tipo de daño algo actual, cierto e indiscutible consistente en la efectiva pérdida de la probabilidad de lograr un beneficio o de evitar un detrimento. (...)

*Las circunstancias que rodean el presente caso tienen la virtualidad de ilustrar la dinámica de aplicación de la noción de pérdida de oportunidad como una modalidad de daño autónomo, cuya relación de causalidad con el hecho dañoso debe encontrarse plenamente acreditada y que no constituye un sucedáneo de prueba respecto del aludido nexo causal en supuestos en los cuales se dificulta la demostración, en el proceso judicial, del referido ligamen. **Pues bien, aunque en este asunto, como se dejó indicado anteriormente, no puede concluirse con certeza que la no práctica oportuna de los exámenes técnicos o especializados en el paciente antes de su deceso habría contado con la eficacia causal necesaria para comprometer la responsabilidad de la entidad demandada, lo que sí resulta absolutamente claro es que las omisiones en que incurrió el cuerpo médico o asistencial al momento de prestar el servicio de salud, excluyen la diligencia y cuidado con que se debió actuar para una eficaz prestación del servicio público. Y aunque tampoco existe certeza de que aún si la Administración hubiere actuado con la mencionada diligencia, la víctima habría recuperado su salud, lo cierto es que si el centro hospitalario hubiese obrado de esa manera, esto es con la pericia y el cuidado necesarios, no le habría hecho perder al paciente el chance u oportunidad de recuperarse.** Así las cosas, dado que el retardo de la entidad le restó oportunidades al paciente de sobrevivir, pues resulta importante destacar que la víctima duró interna en el hospital por más de 5 horas sin practicársele evaluación alguna **para contar con mayor información para un diagnóstico más exacto, la Sala declarará la responsabilidad de la parte demandada por la pérdida de la oportunidad de curación y de sobrevivir del paciente, la cual sí tiene nexo directo con la actuación administrativa**”⁸. (Negrita y subrayado fuera del texto).*

Así las cosas, el régimen de falla del servicio impone a la parte actora el deber de probar los supuestos de hecho, al igual que el daño, su imputabilidad a la accionada y la relación de causalidad, por lo que se analizará si las probanzas obrantes son suficientes para concluir sobre la existencia de responsabilidad de las demandadas HOSPITAL MARÍA INMACULADA DE FLORENCIA ESE y PAR CAPRECOM LIQUIDADO.

⁸ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Sentencia del 11 de agosto de 2010, Radicado: 18593. M.P. MAURICIO FAJARDO GÓMEZ.

5.3.2. El daño antijurídico.

Es el primer elemento constitutivo de la responsabilidad, entendiéndose por daño, aquella afectación cierta, real y determinable que recae sobre un bien jurídico tutelado, es así como dada lectura a la demanda, para el caso en concreto el daño se configura en la muerte de la señora Ofelia Guaraca Salazar a partir de las siguientes pruebas:

- Registro Civil de Defunción con indicativo serial 9927983 correspondiente a la señora OFELIA GUARACA SALAZAR y que registra como fecha de muerte el día 17 de septiembre de 2015⁹.
- Historia Clínica de la señora OFELIA GUARACA SALAZAR correspondiente a la atención médica recibida en la ESE Hospital maría Inmaculada de Florencia, con reporte de notas de evolución del 17 de septiembre de 2015¹⁰, en el que se lee la siguiente anotación:

"OBJETIVO – ANALISIS

ATIENDO LLAMADO POR PERSONAL DE ENFERMERIA, POR LO QUE VALORO PACIENTE QUIEN SE ENCUENTRA CON ACOMPAÑANTE. PACIENTE BAJO SOPORTE VENTILATORIO, INOTROPICOS, EN EL MOMENTO CON CIANOSIS PERIBUCAL, PUPILAS SIN REFLEJO, FRECUENCIA CARDIACA CERO, FRECUENCIA RESPIRATORIA CERO, PULSO CAROTIDO CERO, PULSO RADIAL CERO, PULSO FEMORAL CERO. SE COMENTA A SITUACION A FAMILIARES QUIENES DICEN ENTENDER Y ACEPTAR. SE DECLARA PACIENTE MUERTO A LAS 09+00 AM."

No obstante, es de aclarar que la configuración del daño no significa necesariamente la responsabilidad del Estado, pues habrá que analizarse los demás elementos constitutivos de la responsabilidad a fin de establecer la misma.

5.3.3. Imputabilidad y Nexo Causal.

Imputar en el caso de la responsabilidad estatal es atribuir el daño que padeció la víctima al Estado, circunstancia que se constituye en condición *sine qua non* para declarar la responsabilidad patrimonial de este último. Así las cosas, deben analizarse todas y cada una de las pruebas arrojadas al expediente para tratar de concluir de forma efectiva si le es imputable o no responsabilidad al Estado dentro de la presente litis.

Pretende la parte actora que se declare la responsabilidad de las entidades accionadas ESE HOSPITAL MARÍA INMACULADA DE FLORENCIA y PAR CAPRECOM LIQUIDADO, por los perjuicios causados debido a la deficiente prestación del servicio médico y hospitalario a la señora OFELIA GUARACA SALAZAR, teniendo en cuenta que no fue adecuadamente diagnosticada, no se le brindó el manejo terapéutico oportuno que necesitaba, ni se le remitió a tiempo a un centro asistencial de mayor nivel de complejidad, todo lo cual desencadenó en su fallecimiento.

En este sentido será necesario entrar a valorar en primera instancia, las atenciones brindadas a dicha paciente, y en esa medida encontramos en la historia clínica de la ESE Hospital María Inmaculada de Florencia que la paciente ingresó a recibir atención médica

⁹ Página 39 PDF 01CuadernoPrincipal1 – Expediente Electrónico.

¹⁰ Página 29 PDF 02CuadernoPrincipal2 – Expediente Electrónico.

el 10 de septiembre de 2015 a las 11:06 horas¹¹, proveniente de la ESE Fabio Jaramillo Londoño de Milán, Caquetá¹²; registrándose lo siguiente:

*"(...) **ANAMNESIS***

Motivo de Consulta: REMITIDA CON DX DOLOR ABDOMINAL

Enfermedad Actual: PACIENTE CON CC DE 4 DIAS DE PRESENCIA DE DOLOR EN EPIGASTRIO, SIN PRESENCIA DE IRRADICACIÓN, EMESIS EN MULTIPLES OCASIONES, DIARREA EN MULTIPLES OCASIONES, CON PRESENCIA DE COLURUA. REFIEREN EPISODIOS PREVIOS. SIN PRESENCIA DE OTRA SINTOMATOLOGIA.

En la misma fecha se consigna como impresión diagnóstica: *R101 DOLOR ABVDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR y R11X NAUSEA Y VOMITO*. Igualmente se describe:

ANALISIS

PACIENTE EN EL MOMENTO CON PRESENCIA DE DOLOR EPIGASTRIO, ASOCIADO A MULTIPLES EPISODIOS DE EMESIS, SE LE EXPLICA A LA PACIENTE QUE SE DEJA EN OBSERVACION Y SE SOLICITAN PARACLINICOS. VALORACION POR MEDICINA GENERAL CON REPORTE DE RESULTADOS.

En horas de la noche, el mismo día, se reporta¹³:

OBJETIVO – ANALISIS

PACIENTE QUE INGRESA CON CUADRO CLINICO DE DOLOR ABDOMINAL, DIAFORESEIS E HIPOTENSION CON TRASTORNO DE ANSIEDAD Y AGITACION, ENCUENTRO PACIENTE DIAFORETICA CON RUIDOS CARDIACOS RITMICOS PULMONES CLAROS, BAJO SEDACION, CON EKG QUE MUESTRA RITMO SINUSAL TRASTORNO DE REPOLARIZACION, CAMBIOS DE LESION ANTIGUA EN CARA SEPTAL, CON CLORO 74 Y SODIO 114, SEGÚN REPORTE DE LABORATORIO. PENDIENTE CARDIOENZIMAS PARA DESCARTAR PATOLOGIA CORONARIA SE MANEJA COMO TRASTORNO HIDROELECTROLITICO HIPONATREMIA.

El 11 de septiembre de 2015 a primeras horas de la mañana, es valorada por medicina general, quedando registrado en su historia clínica:

OBJETIVO – ANALISIS

NOTA MEDICA:

PACIENTE QUE INGRESA POR CUADRO DE DOLOR ABDOMINAL. DEPOSICIONES DIARREICAS, NAUSEAS Y EMESIS. DURANTE LA TARDE CON INCREMENTO DEL DOLOR. DIAFORESIS E HIPOTENSION.

MANIFIESTA DISMINUCIÓN DEL DOLOR, NIEG DOLOR TORACICO EN EL MOMENTO.

¹¹ Página 375 PDF 01CuadernoPrincipal1 – Expediente Electrónico.

¹² Páginas 277-282 PDF 01CuadernoPrincipal1 – Expediente Electrónico.

¹³ Página 375 PDF 01CuadernoPrincipal1 – Expediente Electrónico.

PACIENTE EN REGULARES CONDICIONES GENERALES. ALERTA, AFEBRIL, SV: TA: 105/79 mmHg; FC: 72, FR 20, SATO2: 97% CON OXIGENO POR CANULA NASAL. MUCOSAS SEMIHUMEDAS, C/P; RD CS RS, CAMPOS PULMONARES CON MURMULLO VESICULAR DISMINUIDO, NO AGREGADOS, SIN TIRAJES SUBCOSTALES, NI RETRACCIONES, ABDOMEN: BLANDO DEPRESIBLE, PERISTALTISMO +, DOLOR LEVE A LA PALPACION DE EPIGASTRIO, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONAL, EXTREMIDADES: MOVILES, SIN EDEMAS. NEUROLOGICO: SIN DEFICIT APARENTE.

TIENE REPORTE DE TROPONINA NEGATIVA, CK TOTAL Y MB: NORMAL. HIPONATREMIA, POTASIO NORMAL. RX DE TORAX: AUMENTO DE LA TRAMA PARAHILIAR, IMAGEN SUGESTIVA DE MASA PULMONAR IZQUIERDA CON DESVIACION DE LA TRAQUEA.

PACIENTE CON CUADRO DE DOLOR ABDOMINAL Y TORACICO, CON ENZIMAS CARDIACAS INICIALES NEGATIVAS, PERO CON IMAGEN SUGESTIVA DE MASA A NIVEL PULMONAR, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, SIN DISTRESS RESPIRATORIO.

PLAN:

CONTINUA MANEJO INSTAURADO

SS ENZIMAS CARDIACAS DE CONTROL, ELECTROLITOS, CREATININA. TAC DE TORAX SIMPLE Y CONTRASTADO.

REVQUALORACION POR MEDICINA INTERNA

CSV-AC

A la 1:57 p.m., del mismo 11 de septiembre es evaluada por Medicina Interna, quien registró las siguientes observaciones:

OBJETIVO – ANALISIS

MEDICINA INTERNA

PACIENTE CON DIAGNOSTICA DE

1. TRASTORNO HIDROELECTROLITICO HIPONATREMIA
2. DOLOR ABDOMINAL
3. MASA EN TORAX

S: PACIENTE QUE INGERSA POR CUADRO DE DOLOR ABDOMINAL, DIAFORESIS, ANSIEDAD Y AGITACION, EN QUIEN SE DOCUMENTA HIPONATREMIA AL INGRESO. EN EL MOMENTO REFIERE SENTIRSE BIEN. DISMINUCION DEL SOLOR. NO FIEBRE.

O: PACIENTE EN REGULARES CONDICIONES GENERALES, ALERTA, AFEBRIL, SV: TA: 118/64 mmHg; FC: 57, FR 16, T 37° SATO2: 97% CON OXIGENO POR CANULA NASAL. MUCOSAS HUMEDAS, CARDIOPULMONAR RUIDOS RESPIRATORIOS CON MURMULLO VESICULAR DISMINUIDO DE PREDOMINIO EN CAMPO PULMONAR IZQUIERDO. NO AGREGADOS. NO RETRACCIONES. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, PERISTALTISMO +, DOLOR LEVE A PALPACION DE EPIGASTRIO, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. EXTREMIDADES: MOVILES, SIN EDEMAS. NEUROLOGICO: SIN DEFICIT MOTOR SI SENSITIVO APARENTE.

PARACLINICOS:

BIOMARCADORES CARDIACOS NEGATIVOS, SODIO 109. K 4.04

ECOGRAFIA ABDOMINAL NORMAL

RX TORAX: IMAGEN RADIOOPACA EN CAMPO PULMONAR IZQUIERDO. DESCARTAR PATOLOGIA NEOPLASICA.

ANALISIS: PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOGTADOS, EN EL MOMENTO ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, AFEBRIL, HIDRATADA, SIN SIRS, SIN DETERIORO CLINICO. CON ELECTROLITOS DE CONTROL QUE MUESTRAN PERSISTENCIA DE HIPONATREMIA POR LO QUE CONTINUA REPOSICION. CARDIOENZIMAS NEGATIVAS, EN RADIOGRAFIA DE TORAX SE OBSERVA IMAGEN EN PULMON IZQUIERDO RADIOPACA QUE ES NECESARIO DESCARTAR NOPLASIA POR LO QUE SE SOLICITO TAC DE TORAX. SE INICIAN TRAMITES DE REMISION A NEUMOLOGIA.

PLAN:

REMISION A NEUMOLOGIA. TRASLADO EN AMBULANCIA MEDICALIZADA
PENDIENTE TAC DE TORAX SIMPLE Y CONTRASTADO
SS ELECTROLITOS DE CONTROL
CONTINUAR RESTO DE ORDENES IGUAL
CSV-AC

Al día siguiente, el 12 de septiembre de 2015 a las 07:38 a.m., se registra en la historia clínica como impresión diagnóstica:

D381	TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DE LA TRAQUEA, DE LOS BRONQUIOS Y DEL PULMON.
E86X	DEPLECION DEL VOLUMEN
R101	DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR
511X	NAUSEA Y VOMITO

Nuevamente es valorada por el servicio de Medicina Interna a las 09:31 a.m., del 12 de septiembre de 2015, anotando en la historia clínica de la paciente:

OBJETIVO – ANALISIS

MEDICINA INTERNA

DIAGNOSTICOS DE

1. HIPONATREMIA MODERADA
2. MASA EN TORAX??
3. DILATACION ANEURISMATICA DE LA AORTA?

PACIENTE CON CUADRO DE SOMNOLENCIA, DISTRESS RESPIRATORIO, CEFALEA, EN SU EVALUACION EN URGENCIAS SE IDENTIFICA UNA HIPONATREMIA MODERADA, RADIOGRAFIA DE TORAX CON PRESENCIA DE MASA Y PERDIDA DE VOLUMEN PULMONAR SEVERO DEL PULMON IZQUIERDO, SE ENCUENTRA CON TRATAMIENTO DE 10 AMPOLLA DE NATROL EN 400 CC SSN QUE SE ESTA PASANDO A 40 CC HORA POR VENA PERIFERICA.

CONCEPTO 1: HIPONATREMIA QUE SE DEBE TRATAR CON CATETER VENOSO CENTRAL VIA FEMORAL, LA DILUCION SERA 12 AMPOLLA DE NATOL EN 380 CC SSN PASAR A 15CC HORA PARA IR SUBIENDO LENTAMENTE EL SODIO E IMPEDIR FENOMENO DE DEMIELINIZACION OSMOTICA CENTRAL. 2. EL TAC DE TORAX CON CICATRICES PULMONARES SECUELARES PROBABLEMENTE TUBERCULOSIS PASADA CON PERDIDA DE VOLUMEN DE AMBOS PULMONES CON PRESENCIA DE NODULOS, Y EXTENSA CICATRIZACION PLEURAL PARTICULARMENTE EN EL HEMITORAX DERECHO, COMO

HALLAZGO INCIDENTAL LA AORTA ASCENDENTE MIDE MAS DE 4 CM DE DIAMETRO TRANSVERSO Y LONGITUDINAL SUGIRIENDO DILATACION ANEURISMATICA DE LA MISMA, SE CONSIDERA DEBE SEGUIR REPOSICION DE NATROL POR VIA VENOSA CENTRAL DE LA FORMA INDICADA Y DEBE SEGUIR SU ESTADO DE REMISION A NEUMOLOGIA PARA DETERMINAR CONDUCTA A SEGUIR EN ESTE ASPECTO. HOSPITALIZAR MIENTRAS SE REMITE.

PLAN

HOSPITALIZAR

CONTINUA REMISION A NEUMOLOGIA

12 AMPOLLA DE NATOL EN 380 CC SSN PASAR A 15 CC HORA POR ACCESO CENTRAL

RESTO IGUAL

CSV-AC

Se observa nuevo registro de valoración por Medicina Interna del 13 de septiembre de 2015 a las 10:39 a.m., así:

OBJETIVO – ANALISIS

MEDICINA INTERNA

DIAGNOSTICOS DE

1. HIPONATREMIA MODERADA
2. MASA EN TORAX??
3. DILATACION ANEURISMATICA DE LA AORTA?

S: PACIENTE EN COMPAÑÍA DE FAMILIARES (HIJAS) QUIENES REFIEREN QUE DUERME MUCHO NO REFIEREN OTRA SINTOMATOLOGIA

O: PACIENTE EN REGULARES CONDICIONES GENERALES EN EL MOMENTO PACIENTE CON SOMNOLIENTA ALERTABLE CON SIGNOS VITALES DE: TA: 100/60 FC: 18 T: 36 SATO2: 96 CON FIO2: 0.21

NORMOCEFALA ESCLERAS ANCITERICAS MUCOSAS HUMEDAS, CUELLO MOVIL SIN MASAS NI ADENOPATIAS TORAX SIMETRICO: MURMULLO VESICULAR DISMINUIDO DE PREDOMINIO CAMPO PULMONAR IZQUIERDO NO AGREGADOS RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLES. ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION EXTREMIDADES SIMETRICAS SIN EDEMA PERFUSION DISTAL CONSERVADA

ANALISIS: PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS EN EL MOEMTNO EN REPOSICION DE SODIO CON SOLUCION SALINA HIPERTONICA POR CATETER CENTRAL SE SOLICITAN ELECTROLITOS DE CONTROL, DE ENCONTRARSE SODIO DENTRO DE LOS RANGOS NORMALES SUSPENDER INFUSION, PACIENTE QUIEN ESPERA REMISION A NEUMOLOGIA PARA ESTUDIO DE MASA EN TORAX, SE CONTINUA MISMO MANEJO INSTAURADO HASTA QUE SE APRUEBE REMISION.

PLAN:

CONTINUA REMISION A NEUMOLOGIA

12 AMPOLLA DE NATOL EN 380 CC SSN PASAR A 15 CC HORA POR ACCESO CENTRAL

SS ELECTROLITOS DE CONTROL SI SODIO EN RANGOS NORMALES SUSPENDER INFUSION

RESTO IGUAL

CSV-AC

La paciente es evaluada por medicina general a las 02:05 p.m., encontrando la siguiente anotación en su reporte notas de evolución:

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

CIE10 *Diagnostico*
D381 *TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DE LA TRAQUEA, DE LOS BRONQUIOS Y DEL PULMON.*
E86X *DEPLECION DEL VOLUMEN*
R101 *DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR*
511X *NAUSEA Y VOMITO*

OBJETIVO – ANALISIS

MEDICINA GENERAL

*SE ATIENDE LLAMADO: PACIENTE PRESENTA GLUCOMETRIA 20 mg/dl
AL EXAMEN FISICO PACIENTE SOMNOLIENTA. AFEBRIL, HIDRATADA*

CBEZA Y CUELLO: NORMOCEFALIA, PUPILAS ISOCORICAS CONJUNTIVAS ROSADAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, NO RIGIDEZ NUCAL, CATETER CENTRAL SUBCLAVIO DERECHO PERMEABLE

TORAX: MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, NO AGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS

ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO IMPRESIONA DOLOR, NO MASAS

EXTREMIDADES: MOVILIZA LAS 4 EXTREMIDADES, NO EDEMAS, PULSOS DISTALES PRESENTES

NEUROLOGICO: PACIENTE SOMNOLIENTA, LOCALIZA ESTIMULO DOLOROSO, NO DEFICIT MOTOR APARENTE

A/PACIENTE CURDA CON HIPOGLICEMIA SINTOMATICA, SE ENCUENTRA CON ALTERACION DE LA CONSCIENCIA, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA, SE INDICA APORTE DE GLUCOSA. SE VALORARA NUEVAMENTE CONTROL GLUCOMETRICO EN UNA HORA.

PLAN

*DAD 10% 300 CC IV BOLO
CONTROL GLUCOMETRICO CADA HORA
AVISAR CAMBIOS*

El 14 de septiembre de 2015 a las 12:03 a.m., la paciente es evaluada por Medicina General, con las siguientes observaciones:

OBJETIVO – ANALISIS

SE REvisa DE NUEVO LA PACIENTE. EN EL MOMENTO SOMNOLIENTA, RESPONDE AL LLAMADO Y OBEDECE ORDENES, REFIERE "TENER MALUQUERA", AL EXAMEN FISICO TA 64/39. FC 97, FR 24, TEMPERATURA 37, SPO2 100% SIN OXIGENO. SE DECIDE COLOCAR 200 CC DE LACTATO DE RINGER EN UNA HORA, SE INICIA GOTEIO DE DOPAMINA 2 AMPOLLAS DILUIDAS EN 300 CC DE SSN, PARA PASAR POR BOMBA DE INFUSION A 5 CC HORA PARA DAR SOPORTE INOTROPICO. RESTO DE MANEJO IGUAL. GLUCOMETRIA EN EL MOMENTO 98 MG DL. SE REvisa RX PORTATIL EL CUAL NO MUESTRA CAMBIOS

CON RESPECTO A LA PLACA TOMADA AYER. TIENE OPACIDAD EN HEMITORAX IZQUIERDO E IMAGEN SUGESTIVA DE MASA EN DICHO HEMITORAX.

En nota de evolución del 14 de septiembre a las 08:25 a.m., realizada por Medicina General, se dejó consignado:

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

CIE10 *Diagnostico*
R579 CHOQUE, NO ESPECIFICADO
D381 TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DE LA TRAQUEA, DE LOS BRONQUIOS Y DEL PULMON.
E039 HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO
E86X DEPLECION DEL VOLUMEN
R101 DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR
511X NAUSEA Y VOMITO

(...)

OBJETIVO – ANALISIS

NOTA RETROSPECTIVA PACIENTE DE 51 AÑOS QUIEN RECIBO EN MALAS CONDICIONES GENERALES PACIENTE QUIEN SE ENCUENTRA SOMNOLIENTA ENCUENTRO PACIENTE EN CHOQUE DADO POR TA 61/32 CON GOTEIO DE DOPAMINA FC 138 FR 3'0 T 35 PACIENTE SOMNOLIENTA QUIEN SE HA MANEJADO POR POSIBLE MASA A NIVEL DE TORAX CON DESEQUILIBRIO HIDROELECTROLITICO MANEJADA POR HIPONATREMIA LA CUAL YA HA SIDO CORREGIDO E HIPOGLICEMIA PACIENTE EDEMATIZADA A NIVEL DE CARA Y ABDOMEN SIN MANEJO DE HIPOTIROIDISMO PULMONES HIPOVENTILACION A NIVEL DE HEMITORAX IZQUIERDO CON POSIBLE MASA A NIVEL DE HEMITORAX PACIENTE QUIEN NO HA ORINADO EN LA NOCHE 250 CC RETENIENDO LIQUIDOS PACIENTE EN LA ESTADO SE EXPLICA A LA FAMILIAR DE LA PACIENTE EL MAL ESTADO SE ORDENA MONITORIZAR BALANCE LA Y LE SE AUMENTA GOTEIO DE DOPAMINA A 15 CC HORA SS PARACLINICOS SE INICIA LEVOTIROXINA

En anotación del mismo día a las 09:15 a.m., se lee:

OBJETIVO – ANALISIS

PACIENTE CON PROBABLE COMA MIXEDEMATOSO ANTECEDENTE DE HIPOTIROIDISMO NO MANEJADO PACIENTE CON TA 84/50 PACIENTE QUIEN SOSPECHA COMA MIXEDEMATOSO DADO POR EDEMA EN CARA Y ABDOMEN SOMNOLENCIA CHOQUE PACIENTE QUIEN SE QANEXA MANEJO OTRA DOSIS DE LEVOTIROXINA E HIDRORTISONA 100 MG AHORA PACIENTE PERSISTE SOMNOLIENTA PH DE 7.37 PCO2 DE 25 PO 90 HCO3 DE 14 5 MOL/L PACIENTE QUIEN PERSISTE EN MALAS CONDICIONES GENERALES SE INICIA LEVOTIROXINA OTRA DOSIS DE 100 MICROGRAMOS E HIDROCORTISONA 100 MG EV CADA 6 HORAS PARA EVITAR INSUFICIENCIA ADRENAL

Poco después, a las 11:03 a.m., se consignó en la historia clínica de la paciente:

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

CIE10	Diagnostico
R579	CHOQUE, NO ESPECIFICADO
E035	COMA MIXEDEMATOSO
E039	HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO
E86X	DEPLECION DEL VOLUMEN
I26	EMBOLIA PULMONAR CON MENCIÓN DE CORAZÓN PULMONAR AGUDO
R101	DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR
511X	NAÚSEA Y VÓMITO

OBJETIVO – ANALISIS

PACIENTE VALORADA EN CONJUNTO CON MEDICINA INTERNA PACIENTE QUIETE (SIC) ANTECEDENTES DE HIPOTIROIDISMO CON EDEMA EN CARA SOMNOLIENTA CON TA LA CUAL NIO SE AUSCULTA CON TENSIOMETRO MANUAL NI ELECTRONICO FRIALDAD DISTAL TAC DE TORAX EVIDENCIA FIBROSIS PULMONAR FIBROTORAX ENFISEMA CENTROLOBULILLAR OPACIDAD MEDIASTINAL AUMENTO DEL DIAMETRO DE ARTERIA PULMONAR QUE PODRIA CORRESPONDER SOSPECHA DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR SS ELECTROCARDIOGRAMA DIMERO D ENZIMAS CADIACAS SE ANEXA NORADRENALINA Y BETAMETASONA POR RIESGO DE INSUFICIENCIA ADRENAL PULMONES HIPOVENTILACION A NIVEL DE HEMITORAX IZQUIERDO EDEMA DE ABDOMEN EXTREMIDADES FRIALDAD DISTAL SNC PACIENTE SOMNOLIENTA PACIENTE VALORADA CON MEDICINA INTERNA SE REMITE A UCI ADULTOS EN AMBULANCIA MEDICALIZADA

A las 11:25 a.m., Medicina Interna, anota:

OBJETIVO – ANALISIS

NOTA MEDICINA INTERNA

AL MOEMNTO DE LA RONDA 9AM PACIENTE EN ESTUPOR HIPOTEMSA

FAMILIAR DESCONOCE CONDICIONES CLÍNICAS ADICIONALES A HIPOTIROIDISMO PREVIO CON MULTIPLES MANEJOS EN VARIAS INSTITUCIONES, IMAGEN DE TORAX REGISTRA FIBROSIS PULMONAR CON CICATRICES PLEURALES ANTIGUAS Y ENFISEMA CENTROLOBULILLAR AUMENTO DE DIÁMETRO DE TRONCO PULMONAR, OPACIDAD DE ASPECTO LIQUIDO PERIAORTICO, SIN IMAGEN DE ANEURISMA DEFINIDO OTROL LABORATORIOS: NA: 132.4 K: 3.02 BUN: 7.69 CREATININA: 1.71 CL: 97.2 HEMOGRAMA: L5230 HG:14.11 PLT: 295000 N: 63% GASES ARTERIALES ACIDOSIS METABOLICA COMPENSADA

PACIENTE DESNUTRIDA ESTUPOR MODERADO 80/40 FC: 66 SI1 S2 REGULARES VELADOS

FIO2 30% SATURACIÓN 92% FR: 17 HIPOVENTILACION CON CREPITOS GRUESOS EN BASES SIN MEGALIAS SIN EDEMAS BRADIPRAXIA REFLEJA IV/V SIMÉTRICA NO HAY RIGIDEZ NUCAL FACIES MIXEDEMATOSA

DX

1 CHOQUE MIXTO

2. MIXEDEMA

3. INSUFICIENCIA SUPRARRENAL

4. DESNUTRICIÓN

5. FIBROSIS PULMONAR

6. EMBOLIA PULMONAR??

7. ESTUPOR

SE INDICA REMISIÓN INMEDIARA A UCI SE ROTA ESTEROIDE AUMENTANDO ACTIVIDAD MINELAROCORTICOIDE SE AJUSTAN INOTRÓPICOS SE SOLICITAN MARCADORES CARDIACOS SE INICIA TRATAMIENTO PARA PROBABLE TEP.

PLAN:

REMISION A UCI URGENTE

TRANSPORTE EN AMBULANCIA MEDICALIZADA

DAD 10% A 20cc HORA

ENOXAPARINA 60mg CADA 12 HORAS

BETAMETASONA 4mg IV CADA 6 HORAS

NORADRENALINA 2 AMPO 10 CC DE SSN0.9% PASAR A 5 CC HORA

DOPAMINA 2 AMP 250 cc DE SSN 0.69% PASAR 15cc HORA

LEVOTIROXINA 50mg CADA 8 HORAS

SS DIMERO D, ENZIMAS CARDIACAS, EKG

Posteriormente, siendo las 03:27 p.m., Medicina General, registra como nota de evolución:

OBJETIVO – ANALISIS

PACIENTE EN MALAS CONDICIONES GENERALES CON TA 107/40 SATURACION 94% FC 100 FR 26 T 36 PACIENTE EN MAL ESTADO GENERAL SOMNOLIENTA PULMONES CON HIPOVENTILACION A NIVEL HEMITORAX IZQUIERDO PACIENTE GLUCOMETRIA DE 90 MG /DL CON GOTEIO DE DEXTROSA PACIENTE CON TAC DE TORAX QUE REPORTA INFILTRADO ALVEOLAR DE DISTRIBUCION UNIVERSAL QUE PODRIA ESTAR EN RELACION CON BRONCONEUMONIA POR LO CUAL SE ANEXA AMPICILINA SULBACTAN ENZIMAS CARDIACAS NEGATIVAS INR 1.09 PACIENTE QUIEN NO HA SIDO ACEPTADA EN REMISION EN PROCESO DE ACEPTACION PACIENTE PERSISTE SOMNOLIENTA SS SONDA NASOGASTRICA PARA ALIMENTACION.

A las 05:08 p.m., se lee:

OBJETIVO – ANALISIS

NOTA EVOLUCION MEDICO GENERAL

(...)

S/ PACIENTE EN COMPAÑÍA DE FAMILIARES REFIERE QUE NO RESPONDE AL LLAMADO O/ PACIENTE DESNUTRIDA EN MAL ESTADO GENERAL, SOMNOLIENTA TA: 79/43 FC: 120 FR: 22 SAT: 89% CANULA NASAL, S1 S2 REGULARES VELADOS FIO2 30% SATURACION 92% FR: 17 HIPOVENTILACION CON CREPITOS GRUESOS EN BASES SIN MEGALIAS SIN EDEMAS BRADIPRAXIA REFLEJA IV/V SIMÉTRICA NO HAY RIGIDEZ NUCAL FACIES MIXEDEMATOSA, NEUROLOGICO: PERSISTE ESTUPOROSA. A/ PACIENTE EN MALAS CONDICIONES, EN CHOQUE MIXTO, REQUIERE UCI PRIORITARIA, PRESENTA DESATURACION 89% CANULA NASAL, SE INDICA 02 POR VENTURY, PERSISTE CON HIPOTENSION AUMENTO DOSIS DE INOTROPICO, INFUSION DE DEXTROSA AUMENTO E INDICO DU DE FUROSEMIDA, RESTO DE ORDENES IGUALES.

A las 07:46 p.m., se consignó:

OBJETIVO – ANALISIS

RECIBO PTE A LAS 19:00 EN MUY MAL ESTADO GENERAL CON RESPIRACION AGONICA INCONCIENTE NO RESPONDE A ESTIMULOS VERBALES NO DOLOROSOS CON SIGNOS VITALES T/A 80/40 FC 124 SO 88% A PESAR DE INOTROPICOS NOREPINEFRINA + DOPAMINA SE ORDENAN LIQUIDOS EN BOLO 500 CC SSN PASAR EN 1 H POR SU TAQUICARDIA Y SU HIPOTENSION SE INFORMA A FAMILIAR DEL ESTADO CRITICO DEL PTE Y LA NECESIDAD DE SOPORTE VENTILATORIO YA QUE NO SE CUENTA CON UCI DISPONIBLE EN EL MTO SEGÚN INFORMACION DE OFF DE REFERENCIA
PLAN CONTINUAR CON INOTROPICOS
PENDIENTE REMISION A UCI
MONITORIA CONTINUA
AVC

A las 11:42 p.m., Medicina General registra la siguiente nota retrospectiva:

OBJETIVO – ANALISIS

NOTA RETROSPECTIVA

22:00 PTE CON AUMENTO DE SU DIFICULTAD RESPIRATORIA AUMENTA SU RESPIRACION AGONICA SIN RESPUESTA A LOS ESTGIMULOS VERBALES Y DOLOROS CON SATURACION DE OXIGENO 84-86 % CON T/A86/50 FC 124 POR SU EMINICIA (sic) DE FALLA VENTILATORIA SE PROCEDE A REALIZAR INTUBACION OROTRAQUEAL CON LAS MEDIDAS DE ASEPSIA ANTISEPSIA SIGUIENDO PROTOCOLOS DE SEDACION Y IOT. SE REALIZA IOT CON TUBO NUMERO 7 PREVIA SEDACION CON MIDAZOLAM 5 MGS IV NO HAY NINGUNA COMPLICACION DURANTE EL PROCEDIMIENTO MEJORA SU SATURACION 95-97% (...) SE ORDENA Sonda OROGASTRICA SE OBTIENE LIQUIDO EN CUNCHO DE CAFÉ EN ABUNDANTE CANTIDAD. PENDIENTE SU ACEPTACION EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. SE COMENTA CON FAMILIAR LOS RIESGOS Y BENEFICIOS QUE PUEDE CAUSAR LA IOT HIJA DICE ENTENDER Y AUTORIZA EL PROCEDIMIENTO DE IOT LA CUAL FIRMA.

En reporte de notas de evolución del día 15 de septiembre de 2014, a las 06:00 a.m., se relaciona:

OBJETIVO – ANALISIS

PTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS EN MUY MAL ESTADO GENERAL CON BUENA ADAPTACION AL VENTILADOR CON SO 97% FC 124 T/A 56/35 A PESAR DE MANEJAR INOTROPICOS SE ORDENA AUMENTO DE DOSIS 5 CC MAS DE LA DOSIS SE DISMINUYE A PESAR DE TENER DOSIS MINIMAS DE SEDACION SE DISMINUYE AUN MAS A 3 CC HORA SE ORDENA 500 CC LACTATO PASAR EN 1H, SE REALIZA GLUCOMETRIA INFORMA 68 MGS/DL POR LO QUE SE ORDENA BOLO DE DAD AL 50 DE 100 CC. INFORMAN DE OFICINA DE REFERENCIA QUE NO HA SIDO ACEPTADA EN NINGUNA PARTE POR FALTA DE CAMA EN UCI SE CONTINUA CON ORDENES MEDICAS.

A las 08:17 a.m. del mismo día, se indica:

OBJETIVO – ANALISIS

PACIENTE QUIEN SE ENCUENTRA CON DX DE MIXEDEMA CHOQUE QUIEN SE ENCUENTRA EN MALAS CONDICIONES GENERALES INTUBADA EN PROCESO DE REMISION ULTIMA GLUCOMETRIA 68 MG /DL SE PASO BOLO DE 100 DE DEXTROSA PACIENTE CON TA 73/49 FC 135 SATURACION 96% PACIENTE EN PROCESO DE REMISION SE AUMENTA GOTEIO DE NORADRENALINA PACIENTE BAJO EFECTO DE SEDACION CON VENTILACION MECANICA ULTIMOS GASES ARTERIALES EVIDENCIAN ACIDOSIS METABOLICA SS GASES ARTERIALES DE CONTROL.

A las 12:30 p.m. Medicina Interna, hace la siguiente observación:

OBJETIVO – ANALISIS

(...) TAC TORAX OPINION:

- INFILTRADO ALVEOLAR DE DISTRIBUCION UNIVERSAL QUE PODRIA ESTAR EN RELACION CON BRONCONEUMONIA.
- DISCRETO ENGROSAMIENTO DEL INTERSTICIO PULMONAR PREDOMINANTEMENTE APICAL IZQUIERDO QUE CONDICIONA CAMBIOS FIBROTICOS CON RETRACCION PARCIAL DEL CARDIOMEDIASTINO.
- DERRAME PLEURAL PEQUEÑO IZQUIERDO
- RESTO DEL ESTUDIO SEGÚN LA DESCRIPCION

A/ PACIENTE EN MALAS CONDICIONES GENERALES CON CHOQUE MIXTO CON SOPORTE VENTILATORIO E INOTROPICO, EN QUIEN REPORTE OFICIAL DE TAC DE TORAX MUESTRA PROCESO BRONCONEUMONICO YA SE INICIO MANEJO CON CEFTRIAXONA, PENDIENTE ESPERA DE REMISION A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS URGENTE, SE CONTINUA MANEJO EN PISO HASTA QUE EPS DEFINA REMISION. PACIENTE CON ALTO RIESGO DE MUERTE SUBITA. SE EXPLICA CONDUCTA A FAMILIARES QUIENES ENTIENDEN Y ACEPTAN. PENDIENTE GASES ARTERIALES DE CONTROL.

En registro de las 05:53 p.m., se observa:

S/ ACUDO HA LLAMADO DE ENFERMERIA, PACIENTE PRESENTA HIPOTENSION, PACIENTE BAJO SEDACION CON IOT, DIURESIS POR SONDA, CON SONDA NSG
O/ PACIENTE DESNUTRIDA EN MAL ESTADO GENERAL, FACIES MIXEDEMATOSA. TA: 50/30 FC: 122 FR: ASISTIDA A 18 RPM SAT: 95% CON FIO2: 0.35 CON SOPORTE VENTILATORIO E IOT.

(...) A/ PACIENTE EN MALAS CONDICIONES GENERALES CON CHOQUE MIXTO CON SOPORTE VENTILATORIO E INOTROPICO, EN QUIEN REPORTE OFICIAL DE TAC DE TORAX MUESTRA PROCESO BRONCONEUMONICO YA SE INICIO MANEJO CON CEFTRIAXONA, PENDIENTE ESPERA DE REMISION A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS URGENTE. PACIENTE PRESENTA HIPOTENSION SE AUMENTA DOSIS DE INOTROPICOS Y VASOACTIVOS. SE OBTIENE TA: 101/71, SE INDICA AUMENTA FR 20 RPM PARA MEJORAR ESTADO METABOLICO, SS GASES ARTERIALES DE CONTROL POSTERIOR AL AUMENTO, SE CONTINUA MANEJO EN PISO HASTA QUE EPS DEFINA REMISION. PACIENTE CON ALTO RIESGO DE MUERTE SUBITA, SE EXPLICA CONDUCTA A FAMILIARES QUIENES ENTIENDEN YA ACEPTAN.

A las 11:08 p.m., se anota:

OBJETIVO – ANALISIS

PACIENTE CON DX DE TUMOR INTRATORAXICO A ESTUDIO, ASOCIADO AHORA A CHOQUE DE ORIGEN NO DETERMINADO, INSUFICIENCIA RENAL Y SEPSIS. MUY MALAS CONDICIONES GENERALES. EN EL MOMENTO CON TENSION ARTERIAL 50/30, SPO2 72% CON FL 02 DE 35%, CON VENTILACION MECANICA, HIPOVENTILACION GENERALIZADA, SIN RESPUESTA A ESTIMULOS. CONTINUA CON SEDACION E INOTROPIA YA ORDENADAS. SE AUMENTA FLO2 A 90%. RESTO ORDENES IGUALES. MAL PRONOSTICO. SE EXPLICA A FAMILIARES Y ENTIENDEN.

El 16 de septiembre, la paciente continúa en mal estado, y en registro realizado a las 13:06 horas, se observa:

OBJETIVO – ANALISIS

PACIENTE EN MALAS CONDICIONES GENERALES CON TA 112/86 FC 100 CON VENTILACION MECANICA PULMONES MOVILIZACION DE SECRECIONES PACIENTE BAJO EFECTO DE SEDACION ABDOMEN BLANDO DIURESIS 25 CC HORA PACIENTE EN CHOQUE PERSISTE EN MALAS CONDICIONES GENERALES SE PASO BICARBONATO PENDIENTE REPORTE DE GASES DE CONTROL SE COLOCA BOLO DE SSN 200CC CONTINUAR A 100CC HORA.

A las 18:17 horas, Medicina General, consignó:

OBJETIVO – ANALISIS

PACIENTE DE 51 AÑOS DE EDAD QUIEN SE ENCUENTRA EN MAL ESTADO GENERAL TA 100/80, FC 139 FR 16 T 37 SATURACION 99% POR IOT CON FIO2 50%. TIENE TIEMPOS PROLONGADOS, ADEMAS D00E CREATININA Y BUN EVIDENCIA FALLA RENAL AGUDA, GASES ARTERIALES PERSISTE CON ACIDOSIS METABOLICA CON HIPEROXEMIA, CON INFUSION DE INOTROPICOS. ME INFORMA ENFERMERA SOLO HA DIURESIS POR SONDA 25 CC EN LA MAÑANA Y YALE HAN ADMINISTRADO 500 CC EN BOLO, INFUSION SSN A 100 CC HORA, SE INDICA APLICAR FUROSEMIDA 20 MG IV CADA 12 HORAS, VITAMINA K 1 AMP DU IV, PENDIENTE EXAMENES DE CONTROL EL DIA DE MAÑANA, EN ESPERA DE REMISION A UCI COMO URGENCIA VITAL, POR PARTE DE SU EPS. PACIENTE EN MUY MALAS CONDICIONES GENERALES SE EXPLICA A FAMILIAR ENTIENDE Y ACEPTA.

El 17 de septiembre de 2015 a las 10:34 a.m., se consigna en la historia clínica:

OBJETIVO – ANALISIS

ATIENDO LLAMADO POR PERSONAL DE ENFERMERIA, POR LO QUE VALORO PACIENTE QUIEN SE ENCUENTRA CON ACOMPAÑANTE. PACIENTE BAJO SOPORTE VENTILATORIO. INOTROPICOS, EN EL MOMENTO CON CIANOSIS PERIBUCAL, PUPILAS SIN REFLEJO, FRECUENCIA CARDIACA CERO, FRECUENCIA RESPIRATORIA CERO, PULSO CAROTIDO CERO, PULSO RADIAL CERO, PULSO FEMORAL CERO. SE COMENTA SITUACION A FAMILIARES QUIENES DICEN ENTENDER Y ACEPTAR, SE DECLARA PACIENTE MUERTO A LAS 09+00 AM.

Conforme la bitácora de referencia correspondiente a la señora Ofelia Guaraca Salazar¹⁴, expedida por la ESE Hospital María Inmaculada de Florencia, se evidencia que desde el 12

¹⁴ Páginas 34-37 PDF 02CuadernoPrincipal2 – Expediente Electrónico.

de septiembre de 2015 se inició el trámite para trasladar a la paciente, inicialmente al servicio de neumología y, a partir del 14 de septiembre, la remisión se cambió a UCI adultos. Desde entonces, los funcionarios a cargo registraron al menos 50 anotaciones que demuestran los esfuerzos continuos para lograr el traslado efectivo de la paciente, sin embargo, esto no fue posible debido a la falta de disponibilidad de camas.

Según lo relacionado en precedencia, se trata entonces de una paciente de 51 años que ingresó a la ESE Hospital María Inmaculada de Florencia el 10 de septiembre de 2015, remitida desde la ESE Fabio Jaramillo Londoño de Milán, Caquetá, con un diagnóstico inicial de dolor abdominal, presentando un cuadro clínico de cuatro días de evolución con dolor en epigastrio, vómito y diarrea en varias ocasiones y coluria.

El mismo día de su ingreso, se le diagnosticó dolor abdominal localizado en la parte superior, náuseas y vómitos. Se le realizó una ecografía de abdomen total, cuyo resultado, según lectura que realiza médica radióloga, fue normal¹⁵; durante la noche presentó hipotensión, diaforesis, ansiedad y agitación, con hiponatremia.

En los días siguientes, la paciente reportó los mismos síntomas con diagnósticos de hiponatremia y una masa pulmonar izquierda. En valoración por Medicina Interna se confirmó la hiponatremia y posible masa en el tórax, por lo que se ordenó su remisión a neumología. Posteriormente, se le diagnosticó un tumor de comportamiento incierto en la tráquea, bronquios y pulmón, depleción del volumen, dolor abdominal y náuseas y vómitos. También presentaba somnolencia, distrés respiratorio y cefalea. Se inició tratamiento para la hiponatremia con reposición de sodio por catéter venoso central y se insistió en su remisión a neumología.

Persiste hiponatremia moderada, masa en el tórax y dilatación aneurismática de la aorta, estos dos últimos diagnósticos por confirmar. Además, tenía somnolencia y edema facial y abdominal. Se continuó con la reposición de sodio y se mantuvo la remisión a neumología. Más adelante, debido a su estado, se inició tratamiento con dopamina, levotiroxina e hidrocortisona, diagnosticándose choque mixto, insuficiencia suprarrenal, desnutrición, fibrosis pulmonar y posible embolia pulmonar, por lo que se ordenó su remisión urgente a UCI.

Durante los días 15 y 16 de septiembre de 2015, la señora Ofelia continuó en mal estado general, con hipotensión, hipoventilación y somnolencia. Se le administraron inotrópicos, ventilación mecánica y ceftriaxona, además de mantener la orden de remisión a UCI y, finalmente, el 17 de septiembre, presentó cianosis peribucal, ausencia de reflejos, frecuencia cardíaca y respiratoria cero y se declaró su fallecimiento a las 09:00 a.m.

Tras el fallecimiento de la señora Ofelia Guaraca Salazar, sus familiares solicitaron la práctica de necropsia con el fin de esclarecer las causas de su deceso, para cuyo efecto el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses – Dirección Seccional Caquetá, en Informe Pericial de Necropsia No 2015010118001000178 del 18 de septiembre de 2015¹⁶, señaló:

PRINCIPALES HALLAZGOS DE NECROPSIA

1. Hallazgos de enfermedad natural que no explican la muerte:

¹⁵ Página 293 PDF 01CuadernoPrincipal1 – Expediente Electrónico.

¹⁶ Páginas 16-20 PDF 56ProcesoPenal2 – Expediente Electrónico.

a. Sistema cardiovascular:

- *Enfermedad aterosclerótica sistémica*
- *Nefroarterioloesclerosis*

b. Sistema respiratorio:

- *Pulmones aumentados de peso y consistencia*
- *Pulmones congestivos y edematosos*
- *Espuma rosada en tráquea*

c. Sistema digestivo

- *Colon ascendente con áreas induradas y pequeñas*
- *Peritoneo de aspecto congestivo*
- *Mucosa gástrica congestiva*

d. Otros:

- *Hallazgos sugestivos de hígado en nuez moscada*
- *Congestión visceral y de mucosa respiratoria*
- *Lado izquierdo de peritoneo pélvico con escasa cantidad de material purulento.*

2. Sin mecanismos traumáticos que explique la muerte.

ANÁLISIS Y OPINIÓN PERICIAL

CONCLUSIÓN PERICIAL:

Causa de muerte: En estudio

Diagnóstico médico legal de la manera de la muerte: En estudio.

ESTRATEGIA DE ESTUDIO

Se envían muestras para estudio histopatológico."

Posteriormente, mediante oficio No DSCQT-DRSUR-02317-2017 del 08 de 2017¹⁷, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses – Dirección Seccional Caquetá, informó:

"(...) Teniendo en cuenta toda la información previamente consignada y analizada, se documenta que la historia Clínica del Hospital María Inmaculada se encuentra incompleta y solo consta la historia clínica de atención inicial en Urgencias del 10 de septiembre de 2015. En este momento aunque se tiene un contexto del estado de salud de la fallecida y de sus enfermedades previas al deceso, no se cuenta con los elementos necesarios para realizar un análisis integral que permita concluir el caso, ya que no se tiene la información completa de la atención médica entre el 10 al 15 de septiembre de 2015 previo al deceso.

Adicionalmente me permito remitir los resultados de histopatología, los cuales como previamente se había manifestado no permiten establecer la causa ni la manera de la muerte. Por lo tanto, se considera:

- 1. Causa de la muerte: En estudio.*
- 2. Diagnóstico médico legal de la manera de la muerte: En estudio."*

¹⁷ Páginas 140-144 PDF 03CuadernoPrincipal3 – Expediente Electrónico.

En el resultado histopatológico RAD: LHis 040-2016 del 01 de marzo de 2016¹⁸, que se menciona precedencia, el patólogo forense concluyó:

***"(...) CONCLUSIÓN:** Revisados los cortes histológicos, estos muestran en el pulmón focos neumónicos incipientes. En el estómago había cambios por gastritis crónica moderada y en el esófago gran congestión y hemorragia en la adventicia (capa externa), igual en un corte de ovario. En el resto de vísceras no se encontraron otras alteraciones patológicas. Para cerrar el caso es necesario conocer y revisar la historia clínica completa y así poder hacer la respectiva correlación clínico-patológica."*

Y, más adelante, el 14 de julio de 2020 la médico forense rindió Informe Pericial de Ampliación y/o Complemento de Necropsia N°: 2015010118001000178-1, en el cual concluyó¹⁹:

"(...) CONCLUSIÓN

OPINIÓN PERICIAL:

Los hallazgos de necropsia documentan que la fallecida presentaba alteraciones en el colon ascendente de origen congénito dadas por divertículos, no se encontraron hallazgos que sugirieran ruptura de alguno de ellos, sin embargo, en el lado contralateral de la pelvis se encontró escaso contenido purulento en la pelvis.

En el contexto del caso en donde se evidencia múltiples atenciones por episodios diarreicos se considera que la diverticulitis pudo ser un factor desencadenante.

El resultado histopatológico confirma sospecha diagnóstica de neumonía y de gastritis crónica. No se tiene información paraclínica adicional que permita determinar si las alteraciones hidroelectrolíticas e hipoglicemia sean debidas a secreción inadecuada de hormona antidiurética o a una insuficiencia suprarrenal crónica.

CONCLUSIÓN PERICIAL:

Causa de la muerte: Neumonía asociada a la atención en salud, durante estancia hospitalaria por tratamiento de trastorno hidroelectrolítico severo (hiponatremia).

Manera de la muerte: Natural

En caso tal de que la autoridad requiera análisis de historia clínica en el contexto de falta en atención en salud respetuosamente se informa que el caso debe ser analizado por endocrinólogo y por médico internista.

Adicionalmente me permito informar que la neumonía es una complicación esperable dentro del contexto de una hospitalización."

En el presente caso la falla médica que se atribuye a las demandadas, consiste, según la parte actora, en errores en el diagnóstico de la paciente, la realización tardía de los exámenes ordenados y tratamientos que no fueron oportunos; además, se señala la falta de remisión a un centro hospitalario de mayor nivel de complejidad, esto en cuanto a PAR CAPRECOM LIQUIDADO.

¹⁸ Páginas 145-146 PDF 03CuadernoPrincipal3 – Expediente Electrónico.

¹⁹ Páginas 22-24 PDF 56ProcesoPenal2 – Expediente Electrónico

Durante su estancia en la ESE Hospital María Inmaculada y según historia clínica de la señora Ofelia Guaraca Salazar, se registraron las siguientes impresiones diagnósticas:

1. TRASTORNO HIDROELECTROLITICO HIPONATREMIA
2. DOLOR ABDOMINAL
3. MASA EN TORAX
4. TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DE LA TRAQUEA, DE LOS BRONQUIOS Y DEL PULMON.
5. DEPLECION DEL VOLUMEN
6. DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR
7. NAUSEA Y VOMITO
8. HIPONATREMIA MODERADA
9. MASA EN TORAX
10. DILATACION ANEURISMATICA DE LA AORTA?
11. CHOQUE, NO ESPECIFICADO
12. HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO
13. COMA MIXEDEMATOSO
14. EMBOLIA PULMONAR CON MENCION DE CORAZON PULMONAR AGUDO
15. CHOQUE MIXTO
16. MIXEDEMA
17. INSUFICIENCIA SUPRARRENAL
18. DESNUTRICIÓN
19. FIBROSIS PULMONAR
20. EMBOLIA PULMONAR
21. ESTUPOR

Es por esta situación que la parte actora estima configurada la falla en el servicio, en la medida que durante los días que la paciente permaneció en el centro asistencial, los médicos tratantes no pudieron determinar cuál era la patología que presentaba, a pesar de haber sido manejada por medicina general y medicina interna, lo que impidió que le suministraran el tratamiento que requería, provocando el deterioro de su salud hasta su muerte.

Al respecto, en dictamen pericial²⁰ rendido por el doctor JORGE MARIO VILLA LÓPEZ, Médico especialista en Medicina Interna, especialista en derecho médico y perito CENDES, se indicó:

“La paciente tuvo en total aproximadamente 14 diagnósticos muy diferentes desde tromboembolismo pulmonar, coma mixedematoso, insuficiencia suprarrenal, infarto agudo de miocardio, etc. mostrando que no tenían claro el enfoque de la paciente y no desarrollaron bien muchas de las sospechas diagnosticas quedando dudas sobre la causa de sus síntomas. Por tanto, la respuesta a la pregunta es no indicaban cual enfermedad causaba el cuadro clínico de la paciente.”

Igualmente, cuando se le preguntó acerca de las razones de los médicos para ordenar la remisión de la paciente a la especialidad de neumología, el perito respondió:

“En mi concepto los médicos, principalmente internistas, deben realizar los diagnósticos y sólo remitir a un subespecialista, como el neumólogo en este caso, al paciente ya con un diagnostico muy bien establecido y no para que el neumólogo hiciera el diagnóstico. Todo

²⁰ PDF 82DictamenPericial – Expediente Electrónico.

es porque primero el internista debe tener la experticia y segundo es para no retardar el manejo esperando que el subespecialista determine qué hacerle al paciente."

Según el especialista, el tratamiento de la paciente se enfocó en medidas de soporte, en ausencia de un diagnóstico claro; al respecto, cuando se le indagó acerca del manejo y tratamiento dado a la paciente frente al distrés respiratorio que se registró en anotación del 12 de septiembre de 2015, contestó:

"(...) Como lo contesté en el numeral 6.2, no hay un manejo específico del distrés respiratorio, por lo que se debe realizar el diagnóstico de la enfermedad que lo está causando, lo cual hasta el momento de la evaluación por este especialista no se le había realizado y sólo tenían diagnósticos de trabajo sin ninguna confirmación esperando una remisión a neumología por una sospecha de un tumor maligno de pulmón sólo con una imagen de radiografía de tórax sin nada más que apoyara este diagnóstico."

Además de lo mencionado anteriormente, y en cuanto a la oportunidad de las pruebas diagnósticas, el especialista recalcó que, para el caso de la señora Guaraca Salazar, la demora en la realización y lectura del TAC, impidió un diagnóstico oportuno de la bronconeumonía y el derrame pleural, afectando negativamente la atención y tratamiento de la paciente y, aunque no puede afirmar que un tratamiento oportuno hubiera salvado su vida, sí considera que habría cambiado su pronóstico.

Al preguntársele sobre la idoneidad y oportunidad en la atención que recibió la señora Ofelia Guaraca, el perito señaló:

"Lo más llamativo es la cantidad de diagnósticos que le hacen a la paciente, un total aproximado de 21, y no encuentro que le hubiesen hecho estudios completos hasta confirmarlos o descartarlos o darles explicación del por qué pasaban o por qué tenía la paciente esas patologías. Cabe anotar que algunos se fueron descartando por la evolución de la paciente, pero otros llevaron a sobremedicarla o a desorientar de tal forma a los médicos tratantes que no le trabajaron a uno de estos diagnósticos hasta el final, hasta decir que la paciente tiene con certeza esta patología. Sólo que la masa pulmonar la descarta la TAC y por ejemplo no vi por qué la paciente hacía hiponatremia tan severa, por nombrar algunas. Además, la tardanza de la remisión de la paciente para estudiarla y hacerle el diagnóstico, y el manejo de una paciente en estado crítico."

Y, a manera de conclusión pericial, manifestó:

"(...) Durante todo el periodo antes del deceso le realizan un total de 21 diagnósticos diferente lo que denota que no pudieron saber que tenía la paciente en el estado crítico que fue evolucionando demostrando esa evolución que ciertos diagnósticos eran equivocados y que no le encontraban la causa de su deterioro. Luego inicia el cuadro respiratorio que diagnostican con neumonía recibiendo múltiples antibióticos de amplio espectro, pero nada le sirve y después de varios días y semanas de intentarla remitir a un tercer nivel la paciente fallece."

El profesional experto reiteró las anteriores conclusiones en audiencia de pruebas celebrada el 07 de mayo del presente año, donde sustentó el dictamen rendido, insistiendo en que, durante la hospitalización de la paciente del 10 al 17 de septiembre de 2015, se le realizaron múltiples diagnósticos, pero ninguno fue confirmado de manera concluyente. Además, señaló que no se realizaron los exámenes y estudios necesarios para confirmar los diagnósticos provisionales sumado a que los médicos que la atendieron se

enfocaron en tratar los síntomas en lugar de identificar y tratar la causa subyacente de su condición de salud, lo que llevó a una sobre medicación pues la paciente recibió una combinación de medicamentos que no eran del todo apropiados para su estado de salud, lo que en su criterio, pudo haber contribuido a su deterioro, por ejemplo, se le administró dipirona, cuando se trata de un medicamento que está contraindicado en pacientes con insuficiencia renal, como la señora Ofelia según se describe en su historia clínica.

El experto también destacó la falta de coordinación entre el personal médico en el seguimiento de los diagnósticos y en la realización de estudios adicionales. Y, aunque fue atinada la decisión de ordenar la remisión de la paciente a una unidad de cuidados intensivos, no se realizaron los estudios necesarios mientras se materializaba la remisión, es decir, los médicos asumieron casi que una conducta expectante, tratando solo la sintomatología de la paciente, sin procurar llegar a un diagnóstico adecuado y suministrar el tratamiento pertinente.

Ahora bien, en contraposición al criterio anterior, la accionada ESE Hospital María Inmaculada de Florencia sostiene que en el caso bajo análisis no hubo un error de diagnóstico, ya que se realizaron los procedimientos médicos adecuados, sin embargo, la complejidad y atipicidad del caso, así como la falta de materialización de la remisión a un centro asistencial de mayor nivel de complejidad, impidieron un diagnóstico definitivo y un tratamiento adecuado.

Como respaldo de sus argumentos defensivos, la ESE accionada aportó dictamen pericial²¹ rendido por el doctor Diego Devia Manchola, médico especialista en medicina interna, quien sustentó su dictamen en audiencia de pruebas del 26 de agosto de 2022²² concluyendo que la paciente Ofelia Guaraca no presentó neumonía, sino que su fallecimiento fue causado por un edema pulmonar debido a una disfunción cardíaca, la cual fue el resultado de una enfermedad pulmonar crónica severa, probablemente causada por exposición prolongada a humo de leña, que deterioró progresivamente su corazón y pulmones. La descompensación final fue desencadenada por una gastroenteritis aguda que llevó a una deshidratación y alteración electrolítica severa, sobrecargando un sistema cardiopulmonar ya comprometido.

En concreto, esto fue lo que explicó en la audiencia:

"(...) Para poder completar el diagnóstico entonces, de todos los estudios respiratorios que se hicieron, fueron motivados por un hallazgo en la radiografía de tórax que sugería una masa que posteriormente, como ya dije, fue descartada, pero, que se llama incidentaloma un hallazgo que no corresponde a los estudios iniciales dirigidos a los síntomas manifestados por el paciente, pero que aparecen dentro de estudios adicionales y que deben ser estudiados de forma paralela, que fue lo que se hizo con la paciente. Muestra una evolución tórpida con deterioro básicamente del funcionamiento cardiovascular. Ese es el origen de todas las descompensaciones de la paciente en ese momento y que termina produciendo la necesidad de darle soporte ventilatorio de darle medicamentos para mantener la presión arterial. De hecho, el soporte ventilatorio logró revertir el proceso de disminución de oxígeno en la sangre. Eso no ocurre tan fácil en una neumonía y sí en un edema pulmonar, que es como claramente ocurre el proceso de evolución de la paciente, ese mecanismo fisiopatológico que claramente explica toda la evolución de la paciente, se correlaciona con el hallazgo de necropsia posterior de encontrar unos pulmones grandotes hinchados con espuma rosada en la tráquea como resultado de un

²¹ Páginas 321-327 PDF 02CuadernoPrincipal2 – Expediente Electrónico.

²² PDF 72ActaAPruebas – Expediente Electrónico.

edema pulmonar por disfunción del corazón. Es decir, en este contexto no hay un daño primario del pulmón que llevó a la descompensación, sino al contrario, un daño en el funcionamiento del corazón que complica un pulmón que ya venía enfermo de antes con una destrucción de la vía aérea de manera crónica, probablemente por exposición a humo de leña, que es lo más probable por el hallazgo del carbón en la vía aérea. Eso produce un proceso inflamatorio crónico con crisis, pero en este momento la situación concreta es que la descompensación ocasionada por la diarrea, el vómito, la deshidratación, la alteración electrolítica severa había perdido mucha agua y mucho sodio para llegar a ese nivel de 117 inicial de sodio en las pruebas y eso hace que se le imponga una carga a un sistema cardiopulmonar que ya venía enfermo y no estaba preparado para soportar esa alteración y por lo tanto es cuando se presenta el deterioro y el fallecimiento. Ese es el contexto general de cómo ocurre la evolución de la paciente durante esos días.”

A pesar de la opinión de este último profesional, el despacho considera que, en el caso *sub judice*, el pronóstico de la señora Guaraca Salazar pudo ser diferente, en consideración a que, durante su estancia en el Hospital María Inmaculada de Florencia, los médicos que la atendieron no lograron identificar la enfermedad que padecía, lo que resultó en un manejo clínico inadecuado y desorganizado.

En efecto, se observa que, desde un inicio, el enfoque clínico no estuvo bien estructurado, fueron muchos los diagnósticos sin una clara correlación entre ellos y, esta falta de coherencia en el diagnóstico pudo haber retrasado significativamente la identificación de la enfermedad de la paciente, es decir, la demora en enfocar adecuadamente su condición se reflejó en la tardanza para detectar los problemas principales.

Recordemos que, según lo explicaron los peritos, es fundamental tener un enfoque diagnóstico lo más preciso posible y, basado en ese diagnóstico establecer los objetivos claros para el tratamiento del paciente. Por ejemplo, si un paciente presenta dolor abdominal, es crucial investigar la causa del mismo: si es quirúrgica, proceder con la cirugía; si es infecciosa, administrar antibióticos; y si la causa no es clara, realizar los estudios pertinentes para un diagnóstico adecuado. Este enfoque sistemático o basado en evidencia es esencial para garantizar un tratamiento eficaz y oportuno.

En el caso de la señora Ofelia Guaraca Salazar, la falta de un enfoque diagnóstico coherente y oportuno no solo afectó negativamente su tratamiento, sino que también pudo haber alterado significativamente su pronóstico y, aunque no se puede afirmar con certeza que un tratamiento oportuno hubiera salvado su vida, es factible considerar que un diagnóstico y tratamiento más rápidos y precisos habrían mejorado sus posibilidades de recuperación.

Es importante señalar que, aunque los médicos que trataron a la paciente ordenaron su remisión a un hospital de mayor nivel de complejidad debido a la falta de herramientas adecuadas para su tratamiento, lo cierto es que la señora Ofelia fue atendida en repetidas ocasiones por médicos internistas, profesionales que poseen los conocimientos y la pericia necesarios para establecer diagnósticos precisos. Al respecto, veamos lo que explicó el doctor Jorge Mario Villa López, en su sustentación de la experticia rendida:

“PREGUNTADO: *Doctor, es que digamos que una de las situaciones más problemáticas considero yo, el caso es hasta qué punto el segundo nivel podía o no podía hacer un diagnóstico completo; y digamos si el simplemente manejar los síntomas, que fue lo que se hizo que estuvo o no acorde, es decir, se debían limitar los médicos a manejar los dolores, los síntomas o demás, o a pesar de haber una orden a tercer nivel, ellos debían*

auscultar y si realmente no conocemos o no sabemos si tenían o no las herramientas, los elementos y demás que les hubiese permitido certeramente determinar cada uno de esos diagnósticos como presuntivos que llama usted, es cierto, como que no, no, no se confirmaron o no se auscultaron más allá de indicarlo en la historia clínica que probablemente o posiblemente pudiera tener la paciente. **CONTESTA:** Pues señor juez, yo le cuento, el internista tiene el suficiente armamento científico para hacer diagnóstico. De hecho, la función de nosotros, los internistas, es decir qué tiene la paciente y decirle cuál es la solución de su problema, hacerle un diagnóstico para poder ser remitida y poderle decir, usted tiene esta enfermedad, la vamos a manejar de esta forma. O decir usted sí tiene un cáncer y entonces la vamos a mandar a neumología y oncología o la vamos a mandar a biopsia. Yo ya trabajo en consulta externa y yo desde aquí, desde consulta externa, hago esos diagnósticos. A mí me llega un paciente con una imagen de una masa pulmonar le mando el estudio de resonancia o TAC, veo la resonancia, se confirma la masa, se la mando a biopsiar y hasta en una semana saco el diagnóstico de que tiene cáncer o no y a las dos semanas ya los pacientes están en lobectomía y todo eso, o sea que uno hasta en el consultorio puede hacer esos diagnósticos, aunque el segundo nivel no tiene el armamento y los sub especialistas para apoyarse está en un sector donde puede decir, bueno, no tenemos tercer nivel entonces necesitamos mejor una resonancia, entonces hágame el favor una resonancia y trasládela para la resonancia. Estamos sospechando que tiene un tromboembolismo pulmonar entonces hagámosle un angio tac, o sea un TAC de los vasos sanguíneos y confirmemos que tiene un tromboembolismo pulmonar, con el angio tac, solamente con el angio tac le hubieran hecho el diagnóstico, con la resonancia hubieran mirado si tenía una masa realmente y si la tenía hubieran dicho, bueno, hay que biopsiarla entonces que la biopsien le haga una biopsia de esta masa guiada por TAC y eso también se lo hacen en Radiología. Estamos sospechando que tiene una enfermedad suprarrenal entonces pues antes de empezar la adrenalina, noradrenalina le tomo catecolaminas fraccionadas en sangre, en orina, le pido ACTH, le pido cortisol y le pido, pues como todas las hormonas para poder confirmar y ahora sí, empecemos la dopamina. Estamos sospechando que tiene una neumonía entonces la TAC no es muy clara, entonces pidámosle una resonancia, pidámosle la PCR, miremos con el hemograma, y hagámosle, hemocultivos, a ver si de pronto los hemocultivos aparecen, usualmente pueden ser negativos, pero se le hacen pues uno está mostrando que lo estoy haciendo para hacerle el diagnóstico. Que le salió un líquido como ripio de café del estómago entonces hagámosle una endoscopia digestiva superior, hágame el favor, entonces la mandamos con una endoscopia, sí me entiende."

En criterio del experto, el cual se comparte por esta judicatura, los especialistas en medicina interna que trataron a la paciente, asumieron una actitud expectante mientras se lograba la remisión de la paciente dejando de realizar un diagnóstico exhaustivo y adecuado de sus síntomas y condiciones, pues, aunque identificaron algunos problemas, no investigaron las causas subyacentes ni realizaron los estudios necesarios para comprender completamente su estado clínico. Precisamente esa falta de enfoque diagnóstico adecuado y la omisión en el uso de herramientas diagnósticas disponibles reflejan una deficiencia en el manejo clínico, lo cual influyó significativamente en el pronóstico y tratamiento de la paciente.

Así mismo, aunque se reconoce que la paciente tuvo una evolución tórpida y acelerada en la medida que solo estuvo 8 días en el Hospital María Inmaculada de Florencia, el personal médico de la institución tuvo tiempo suficiente para realizar los estudios necesarios y establecer un diagnóstico adecuado; sin embargo, los médicos se centraron en un diagnóstico inicial de cáncer de pulmón sin realizar las pruebas necesarias para confirmar o descartar otras posibles causas de los síntomas que reportaba.

Sobre el particular, el perito expuso:

“PREGUNTADO: Usted consideraría que digamos el tiempo, cuánto tiempo duró la paciente hospitalizada previo a fallecer. **CONTESTA:** Pues la paciente, déjeme, yo miro desde la fecha que ella es hospitalizada. (...) El 9 de septiembre del 2015 consulta y es hospitalizada el 10 de septiembre del 2015. Ya el segundo nivel, o sea el 9 es remitida, el 10 es hospitalizada y fallece el día 17 de septiembre a las 9:00 horas, o sea que del 9 al 17 hay un total de 8 días. **PREGUNTADO:** En esos, digamos, 8 días, digamos, valorando cómo llegó la paciente a como fue evolucionando, digamos, durante la hospitalización, la evolución en cuanto a digamos, a perder poco a poco su salud hasta fallecer fue en su consideración muy rápida, digamos evolucionó muy rápido o cómo fue esa, ella ya desde que ingresó ya estaban en unas condiciones muy graves. **CONTESTA:** No la evolución no es rápida. En 8 días se pudo haber hecho muchos de los estudios que le estoy diciendo. La condición en la que ella ingresa es porque, según la historia clínica, el día 9 de septiembre tiene epigastralgia síntomas gastrointestinales le hacen diagnóstico de una infección urinaria y le empiezan la ampicilina, sulbactam y gentamicina. O sea, que el cuadro es gástrico, un cuadro de dolor abdominal, en ningún momento pues la frecuencia respiratoria está más allá del valor normal, pues es normal hasta 20 y lo máximo que hizo fue 22. Un paciente con neumonía puede respirar 30 por minutos 35. El cuadro es gástrico, pero, no le hacen endoscopia ni nada de eso, pues una endoscopia se puede mandar a hacer urgente y se puede hacer al otro día de haber ingresado. Pero no le hicieron endoscopia. Entonces pues tuvieron un tiempo razonable como para hacer diagnóstico. Pero yo lo que vi en la historia clínica es que como que, no sé, llega un punto en el cual dicen que tiene un cáncer de pulmón y piensan en el neumólogo y ya se quedan como neumólogo, neumólogo, cáncer de pulmón manéjenla sintomáticamente, mientras que la ve el neumólogo por cáncer de pulmón y cáncer de pulmón y el TAC no muestra masa y no hay masa. Y sin embargo sigue el diagnóstico cáncer de pulmón y siguen con eso. Es como si se hubieran como no sé, como embolatado en la cuestión y después, cuando empieza a ponerse mal, empiezan ya a hacerle todos los diagnósticos de gravedad y ya se va volviendo, sí muy tarde. Hay algo que nosotros en medicina, que mis maestros me enseñaron que es el signo del Alcatraz. Cuando un Alcatraz está pescando, él mira desde el cielo y cuando ve un pez, él se lanza en picada y ya no puede frenar si pasa una ballena, pues se clava en la ballena y se murió, si pasa un barco se pegó contra el barco, él no puede frenar. Y ese signo es cuando un paciente empieza a deteriorarse de tal forma que llega a un punto de no retorno, porque los mecanismos de compensación del paciente, y eso se ve muy claramente en esta paciente que hace una presión de 50/25, y, sin embargo, el pulso no es de 135, 150 como había sido antes que hacía hipotensión, sino que el pulso es de 80, o sea que llega un momento en el cual la paciente deja de compensar, los mecanismos dejan de funcionar y ya ahí no hay reversa. Entonces el tiempo fue, se pudo haber estudiado la paciente en ese tiempo, en más tiempo pues se estudia mucho mejor. **En un tercer nivel, pues hay más posibilidades de hacer diagnóstico, pero eso no quiere decir que un segundo nivel y un especialista en Medicina Interna no sean capaces de hacer diagnóstico en los segundos niveles, porque si no los pacientes en segundos niveles todos se agravarían y pasarían catástrofes en segundos niveles.** Uno tiene que utilizar la red, uno tiene que utilizar las imágenes diagnósticas de tercer nivel y mandar el paciente en ambulancia para que se los hagan. Uno utiliza las endoscopias si no tiene en el hospital las ambulatorias para que le hagan esos exámenes (...) No quiero desvirtuar que un tercer nivel hubiera sido, pues lo óptimo, que una unidad de cuidados intensivos hubiera sido lo mejor, pero en un segundo nivel cuando no se tiene, eso hay que gestionar, hay que estudiar, hay que hacer las cosas.”

La Sección Tercera del Consejo de Estado en sentencia del 21 de junio de 2023, expediente 63001-23-33-000-2014-0048-02 (58757), CP Jaime Enrique Rodríguez Navas, se refirió al deber que les asiste a los médicos de prescribir los exámenes indispensables para precisar el diagnóstico del paciente y ordenar el tratamiento correspondiente, así como la posibilidad de solicitar la colaboración de otros colegas en Junta Médica para discutir el caso del paciente cuando su evolución así lo requiera, veamos:

*“(…) Adicionalmente, conforme al artículo 10 de la Ley 23 de 1981 “El médico dedicará a su paciente el tiempo necesario para hacer una evaluación adecuada de su salud e **indicar los exámenes indispensables para precisar el diagnóstico** y prescribir la terapéutica correspondiente —se resalta—. Si ello es así, salta a la vista que un examen indispensable, dada la calidad de la RMN inicial y dado que había sido considerada para la identificación diagnóstica desde febrero de 2011, era, justamente, la reiteración de ese mismo examen.*

Así mismo, el artículo 19 ejusdem prescribe que: “Cuando la evolución de la enfermedad así lo requiera, el médico tratante podrá solicitar el concurso de otros colegas en Junta Médica, con el objeto de discutir el caso del paciente confiado a su asistencia. (...). En el sub lite, ante la reiteración de hospitalizaciones por la misma causa, de esta opción se vino a hacer uso sólo hasta el 30 de septiembre, por iniciativa del auditor, cuando para esa fecha y, desde febrero de 2011 la paciente ya había presentado tres reingresos hospitalarios por las mismas causas.

En suma, todas estas manifestaciones de una atención insegura a la paciente, dejan en palestra una falla en la prestación del servicio de atención médico hospitalaria brindada a la señora María Yolanda Buitrago Salazar, por cuanto, quedó en vilo, por la mala calidad de la imagen diagnóstica y por la falta de repetición en aras de concretar un diagnóstico completo, establecer si, además, existía algún tipo de lesión que estuviera provocando la patología de hidrocefalia y que, por la ilegibilidad de la imagen no hubiera podido detectarse plena o tempranamente.” (Negrilla original)

Así las cosas, para el despacho es claro que la falta de un diagnóstico claro y definitivo, junto con la insuficiencia en los estudios diagnósticos y el manejo sintomático en lugar de tratar la causa del estado de la paciente, contribuyeron a su deterioro y posterior deceso.

A la par de lo expuesto, no se puede pasar por alto que, la falta de remisión de la paciente a un centro hospitalario de mayor nivel de complejidad que contara con una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), tuvo igualmente una injerencia significativa en el desenlace de la señora Guaraca Salazar, dado que presentó un cuadro clínico complejo que requería una atención especializada y recursos avanzados.

En otras palabras, en un establecimiento de salud de mayor nivel de complejidad, con acceso a UCI, la señora Ofelia Guaraca Salazar habría tenido la posibilidad de recibir una monitorización continúa y tratamientos intensivos que podrían haber mejorado su pronóstico.

Aunque en el Hospital María Inmaculada se ordenó la remisión de la paciente, inicialmente al servicio de neumología y posteriormente a partir del 14 de septiembre de 2015 a un hospital de mayor nivel de complejidad con UCI, dicha remisión no se materializó, por

cuanto no fue posible encontrar una cama disponible, como consta en la bitácora de referencia²³.

Según el documento, se evidencia que el Hospital María Inmaculada hizo múltiples esfuerzos para que la paciente fuera aceptada en otras instituciones con UCI, mientras que CAPRECOM EPS, de acuerdo con la misma bitácora, se limitó a informar que no se había logrado ubicar a la paciente.

Adicionalmente, la EPS demandada no presentó ningún medio probatorio para demostrar las gestiones realizadas en procura de materializar el traslado de la señora Ofelia; por el contrario, las pruebas que obran en el expediente indican que la EPS fue negligente en el cumplimiento de sus deberes como se evidencia de las copias del expediente de tutela con radicado No 2015-00467-00²⁴ tramitado ante el Juzgado Penal del Circuito para Adolescentes con Función de Conocimiento de Florencia, promovido por la señora Nelly Guaraca Salazar, hermana de la paciente. En dicho asunto se decretó la medida provisional solicitada por la parte accionante, ordenando a CAPRECOM EPS realizar *“(...) los trámites administrativos y presupuestales correspondientes para que sea autorizada la REMISIÓN de la señora OFELIA GUARACA SALAZAR a la UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS de la CLINICA MEDILASER de Florencia (C) en AMBULANCIA MEDICALIZADA y en su defecto a otra Institución Médica fuera de la ciudad de Florencia (C) (...)”*, sin embargo, ante el incumplimiento de la EPS a dicha orden judicial, el despacho judicial tuvo que ordenarle, mediante auto posterior, el cumplimiento inmediato de la medida provisional, so pena de las sanciones de ley.

Lo anterior demuestra que CAPRECOM incumplió con el deber que le asistía de garantizar la prestación integral del servicio de salud que requería la señora Ofelia Guaraca Salazar, deber frente al cual la Corte Constitucional en sentencia T-573 del 18 de diciembre de 2023, Magistrada Ponente: Paola Andrea Meneses Mosquera, explicó:

“(...) La Sala reitera que de acuerdo con los artículos 2º, 5º y 6º de la LES y la jurisprudencia constitucional, la prestación oportuna de los servicios y tecnologías en salud exige a las EPS garantizar que el paciente reciba los servicios y tecnologías en salud prescritos por el médico tratante en el momento que corresponde para recuperar su salud. En aquellos casos en los que la persona padece de enfermedades ruinosas o catastróficas, como insuficiencia renal crónica, la garantía de prestación oportuna es de vital importancia para salvaguardar el derecho a la vida. Por lo tanto, las EPS tienen el deber de garantizar la prestación de los servicios de forma inmediata, sin ninguna demora.

58. En este caso, la historia clínica evidencia que, desde el 12 de enero de 2023, los médicos tratantes recomendaron que la señora Torres Montoya fuera trasladada a una IPS de alta complejidad que prestara el servicio de hemodiálisis y nefrología. Por esta razón, entre el 13 de enero y 23 de marzo de 2023, el Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá, así como el Hospital San Juan de Dios de Cali, remitieron a la Emssanar EPS más de 10 solicitudes de traslado. No obstante, fue sólo hasta el 22 de marzo de 2023, esto es, 2 meses y 9 días desde la solicitud de remisión, que Emssanar EPS garantizó el traslado a la agenciada a la IPS MEDISUN. En criterio de la Sala, el término de más de 2 meses que tomó la EPS para trasladar a la señora Torres Montoya es abiertamente irrazonable y manifiestamente inoportuno. Esto, porque la señora Torres padecía de lupus eritematoso que le causó insuficiencia renal crónica, la cual es una enfermedad ruinosa y catastrófica. Además, se encontraba en un estado crítico y su salud

²³ Páginas 34-37 PDF 02CuadernoPrincipal2 – Expediente Electrónico.

²⁴ Páginas 97-109 PDF 02CuadernoPrincipal2- Expediente Electrónico.

se deterioraba rápidamente por la imposibilidad de acceder al tratamiento de nefrología en UCI. Esto implicaba, conforme a la jurisprudencia constitucional, que su traslado debió haber sido garantizado de forma inmediata y expedita, lo cual claramente no ocurrió.

59. La Corte Constitucional ha enfatizado que la prestación inoportuna de los servicios y tecnologías en salud constituye una violación al derecho a la salud dado que causa el deterioro de la condición de salud del paciente. Asimismo, en aquellos casos en los que la patología es grave, la prestación inoportuna puede poner en riesgo su vida y, por lo tanto, también configura una violación del derecho a la vida. (...)

60. Segundo. Las razones que Emssanar EPS invocó para justificar la tardanza en la remisión de la señora Torres Montoya a una unidad de alta complejidad son constitucionalmente inadmisibles. Además, la accionada no demostró haber adelantado las gestiones suficientes para garantizar el traslado oportuno de la accionada a una IPS de alta complejidad.

61. En el escrito de respuesta a la tutela, Emssanar EPS argumentó que la remisión de un paciente hospitalizado a una IPS de un nivel de complejidad superior “está supeditada a respuestas y aceptación por la IPS que acepte manejo del usuario”. En este sentido, señaló que la remisión tardía estaba justificada, porque, infortunadamente, las IPS que prestaban servicios de alta complejidad a las que solicitó recibir a la señora Torres Montoya indicaron que no contaban con cupos disponibles. Por esta razón, no fue posible ordenar el traslado entre el 13 de enero y 22 de marzo de 2023.

62. La Sala considera que esta justificación es inaceptable. Esto es así, porque el artículo 2.5.3.2.16 del Decreto 780 de 2016 dispone que las EPS deben “disponer de una red de prestadores de servicios de salud que garanticen la disponibilidad y suficiencia de los servicios en todos los niveles de complejidad a su cargo”. Por esta razón, si un afiliado que padece una enfermedad ruinosa o catastrófica está siendo atendido en una institución de salud que no cuenta con la infraestructura para prestar los servicios o tecnologías que su médico tratante ordenó, las EPS están obligadas a llevar a cabo todas las gestiones necesarias para efectuar el traslado a una IPS de su red hospitalaria que garantice la prestación continua e integral del servicio. La ley, el reglamento y la jurisprudencia constitucional son claros: las EPS tienen prohibido oponer a sus afiliados las dificultades administrativas o contractuales con su red de IPS para justificar la prestación inoportuna de los servicios y tecnologías en salud. Por esta razón, la simple falta de disponibilidad de cupos de las IPS no es una razón suficiente para justificar la negativa a un traslado. Menos aún, en aquellos casos en los que los pacientes, como la señora Torres Montoya, requieren el traslado con urgencia y su vida depende de ello.

63. De otro lado, Emssanar EPS no demostró haber realizado de forma diligente todas las gestiones que estaban a su alcance para trasladar a la accionante. En el trámite de revisión, la accionada aportó como prueba de las gestiones que había llevado a cabo la “BITÁCORA de REMISIÓN desde la IPS de origen”. Esta bitácora indica que, entre el 2 y el 18 de marzo de 2023, Emssanar EPS solicitó a 13 IPS aceptar el traslado de la accionante. La Sala advierte, sin embargo, que la IPS Hospital Universitario del Valle Evaristo García E.S.E. informó que la información no era cierta porque no había recibido solicitudes de remisión de la agenciada. En cualquier caso, este documento no demuestra

que la accionada haya acudido, como lo exigía la ley y la jurisprudencia constitucional, a (i) las IPS externas del nivel requerido del departamento del Valle del cauca; o (ii) a las IPS externas del nivel requerido ubicadas en otras regiones del país.

64. Con fundamento en tales consideraciones, la Sala concluye que Emssanar EPS vulneró los derechos fundamentales a la salud y a la vida de la accionante porque no garantizó la prestación oportuna de los servicios y tecnologías en salud que la señora Torres Montoya. Esto, porque sin ninguna justificación constitucional y legalmente admisible, tardó más de dos meses en trasladar a la señora Torres Montoya a un centro de salud de alta complejidad donde le fueran prestados los servicios de nefrología, reumatología y hemodiálisis que requería conforme a las órdenes de los médicos tratantes. La demora en la prestación de estos servicios en este caso fue manifiestamente irrazonable e inaceptable en atención a la gravedad de su diagnóstico y al riesgo de muerte que esta demora representaba en razón a la gravedad de su situación médica como paciente con deficiencia renal crónica. **Esta demora, además, contribuyó al deterioro acelerado de la condición de salud de la accionante quien, apenas un día después de que fuera remitida a la IPS de alta complejidad MEDISUN²⁵, falleció.** (Negrilla del despacho)

Para la Máxima Corporación Constitucional, las EPS tienen la obligación de garantizar la disponibilidad y suficiencia de los servicios de salud en todos los niveles de complejidad, y no pueden justificar la prestación inoportuna de los mismos por dificultades administrativas o falta de cupos en otras instituciones, además que por disposición legal deben realizar todas las gestiones necesarias para asegurar que los pacientes reciban los servicios prescritos de manera oportuna, gestiones que en este caso no fueron acreditadas por parte de CAPRECOM EPS.

Por otro lado, aunque no existe certeza que la señora Ofelia Guaraca Salazar hubiera sobrevivido si se le hubiera diagnosticado, tratado y remitido oportunamente, el material probatorio acopiado permite inferir que, de haberse actuado a tiempo, su pronóstico habría mejorado. En el caso de la ESE Hospital María Inmaculada de Florencia, los médicos tratantes realizaron 21 diagnósticos sin poder determinar cuál de ellos era el causante del deterioro de su estado de salud. No se hizo un seguimiento adecuado a cada diagnóstico, ni se realizaron los exámenes y estudios pertinentes para identificar la causa de la enfermedad; en su lugar, se limitaron a tratar los síntomas que presentaba la paciente conforme estos iban apareciendo, sin identificar la causa subyacente que estaba empeorando su salud.

En cuanto a CAPRECOM EPS, no hay duda que su falta de diligencia en asegurar la remisión efectiva y oportuna de la paciente a un establecimiento médico que contara con UCI, contribuyó de manera significativa con el desenlace fatal, pues en criterio de los expertos, en un tercer nivel de atención se habría garantizado un mejor manejo de la paciente.

Lo anterior se corrobora con lo manifestado por el perito Dr. Jorge Mario Villa López, así:

“PREGUNTADO: Doctor, es claro entonces que la paciente, se dificultaba mucho el diagnóstico de lo que ella tenía ¿cierto? o, ¿cuál usted considera que es la causa de que se le hicieran 21 diagnósticos diferentes? **CONTESTA:** Pues yo pienso que cuando uno lee la historia clínica lo que le llama mucho la atención a uno es que son supuestos diagnósticos, o sea, es lo que nosotros llamamos diagnósticos de trabajo o diagnósticos

²⁵ Informe remitido por el Hospital San Juan de Dios de Cali a la Secretaría de la Corte Constitucional el 19 de septiembre de 2023.

diferenciales, pero la obligación de uno es estudiar cada una de las patologías que uno dice que tiene el paciente para ir descartando y poder decir tiene esta enfermedad, que dan un montón de diagnósticos de insuficiencia suprarrenal, pues nunca fue estudiada; le encuentran una hiponatremia que es fatal de 114, dice que le empiezan sodio y no le vuelven a hacer un sodio en toda la historia clínica. Entonces uno no sabe qué pasa con el sodio y un sodio de esos es fatal. Encuentran una acidosis metabólica severa, pero no le estudian la causa de por qué está haciendo acidosis metabólica, por qué el paciente tiene acidosis metabólica. El paciente le ponen líquido se hincha, después dicen que es un coma mixedematoso, que es como por definición la complicación más grave del hipotiroidismo no tratado durante años, que no es el caso del paciente, porque pues si bien la paciente tomaba levotiroxina y dicen en una de las atenciones previas de que llegó y que llevaba unos días sin tomársela la paciente de tomar la levotiroxina irregularmente, pero la tomaba y durante la hospitalización, pues nunca dicen que le dan levotiroxina y le hacen ese diagnóstico, que tampoco lo desarrollan, o sea que nos quedamos sin saber que si tenía eso, que es una neumonía, pero los reactantes de fase aguda, o sea los leucocitos, los neutrófilos no están elevados y en las infecciones en un paciente joven siempre se elevan las defensas porque es la forma del cuerpo de defenderse de las bacterias y no está elevado, o sea que decir que una neumonía, el TAC no es claro, no hay lectura, al menos yo no vi lectura del radiólogo. Si la encontraron muy bueno que la aporten porque lectura de radiólogo no había. Entonces la TAC no era una TAC, según las descripciones de los internistas que la vieron cada uno hizo una lectura diferente de la TAC, uno de los radiólogos dice que tiene enfisema y que lo que ve es un enfisema, de los radiólogos, no de los internistas en la historia clínica y otra internista dice que tiene un tromboembolismo pulmonar, pero no hay lectura, pues de radiólogo, entonces nos quedamos sin saber pues qué opinaba el experto en leer las placas. Entonces la manejan como por los dos lados, la paciente también otro de los diagnósticos, ah no, no sabemos la PCR de la paciente, la PCR que se conoce como proteína C reactiva, es un reactante de fase aguda que es un examen muy sencillo, muy simple, que se hace en el primer nivel, o sea que en el segundo nivel también lo tienen, y cuando la PCR se eleva y está elevada más de 10 veces el valor superior uno sospecha que tiene infección, pero dentro de los exámenes no hay reporte de la PCR o sea que los exámenes no están de acuerdo con infección y después llega donde el patólogo y el patólogo no encuentra una lesión pulmonar que pueda decir tiene una neumonía, de hecho, él lo que pone es que tiene como unos, unas, unos infiltraditos ahí que puede ser una neumonía, pero no concluye porque la necropsia dice en estudio, o sea que él no dice que es una neumonía y no encuentra ninguna lesión en ningún órgano. Ella hizo una insuficiencia renal aguda, sin embargo, en el riñón no se encuentra ningún daño en la necropsia. No se encuentra el compromiso del páncreas, no lo describen en la necropsia, pero él dice que todos los órganos están normales. Entonces como para una pancreatitis tampoco. O sea que el diagnóstico se queda como en veremos y todo lo que hicieron fue manejarla sintomáticamente. Ella hacía un síntoma y la manejaban, hacía otro síntoma y la le manejaban el síntoma, pero no le hacían el diagnóstico entonces, queda con 21 diagnósticos, ninguno de ellos confirmado, o sea, que los médicos tampoco supieron qué tenía la paciente y de qué falleció. Y lo otro, pues uno dice que realmente la paciente necesitó un tercer nivel y necesitaba ser manejando un tercer nivel por sub especialistas que pudieran hacerle el diagnóstico al paciente acertado, y retomar el caso de cero para poderle hacer el diagnóstico. Pero en todo el tiempo que estuvo la paciente no se pudo conseguir la remisión.”

Corolario de lo expuesto, para el despacho es evidente que las conductas omisivas de las accionadas fueron determinantes en el deterioro del estado de salud de la señora Ofelia Guaraca Salazar, disminuyendo sus oportunidades de sobrevivir, por lo cual se considera

que tanto la ESE Hospital María Inmaculada de Florencia como CAPRECOM EPS son igualmente responsables del daño causado, por lo que deberán responder de manera solidaria por los perjuicios que se reconozcan.

Frente a la pérdida de la oportunidad, la Sección Tercera del Consejo de Estado en providencia del 13 de noviembre de 2018, Consejero Ponente Carlos Alberto Zambrano Barrera, radicación número: 05001-23-31-000-2002-03394-01(44118), señaló:

"Sobre la pérdida de oportunidad, la Sala, en sentencia de 11 de agosto de 2010, señaló:

"... la pérdida de oportunidad o pérdida de chance alude a todos aquellos eventos en los cuales una persona se encontraba en situación de poder conseguir un provecho, de obtener una ganancia o beneficio o de evitar una pérdida, pero ello fue definitivamente impedido por el hecho de otro sujeto, acontecer o conducta éste que genera, por consiguiente, la incertidumbre de saber si el efecto beneficioso se habría producido, o no, pero que al mismo tiempo da lugar a la certeza consistente en que se ha cercenado de modo irreversible una expectativa o una probabilidad de ventaja patrimonial; dicha oportunidad perdida constituía, en sí misma, un interés jurídico que si bien no cabría catalogar como un auténtico derecho subjetivo, sin duda facultaba a quien lo ha visto salir de su patrimonio —material o inmaterial— para actuar en procura de o para esperar el acaecimiento del resultado que deseaba, razón por la cual la antijurídica frustración de esa probabilidad debe generar para el afectado el derecho a alcanzar el correspondiente resarcimiento.

"La pérdida de oportunidad constituye, entonces, una particular modalidad de daño caracterizada porque en ella coexisten un elemento de certeza y otro de incertidumbre: la certeza de que en caso de no haber mediado el hecho dañino el damnificado habría conservado la esperanza de obtener en el futuro una ganancia o de evitar una pérdida para su patrimonio y la incertidumbre, definitiva ya, en torno de si habiéndose mantenido la situación fáctica y/o jurídica que constituía presupuesto de la oportunidad, realmente la ganancia se habría obtenido o la pérdida se hubiere evitado; expuesto de otro modo, a pesar de la situación de incertidumbre, hay en este tipo de daño algo actual, cierto e indiscutible consistente en la efectiva pérdida de la probabilidad de lograr un beneficio o de evitar un detrimento; no ofrece lugar a la menor hesitación que 'esa oportunidad está definitivamente perdida, la situación es irreversible y la 'carrera' de concatenación causal y temporal hacia la ventaja se ha detenido de manera inmodificable. Hay un daño cierto sólo desde el punto de vista de la certeza de la probabilidad irremediablemente trunca. Esa probabilidad tenía un determinado valor, aunque difícil de justipreciar, que debe ser reparado..."

Igualmente, en sentencia del 13 de mayo de 2019, Consejero Ponente Alberto Montaña Plata, radicación número: 76001-23-31-000-2011-01470-01(52889) A, se pronunció en los siguientes términos:

"La naturaleza de la pérdida de oportunidad ha sido objeto de pronunciamientos por la jurisprudencia de lo contencioso administrativo en no pocas ocasiones. Tradicionalmente se ha estudiado desde dos ópticas: una, que considera que la pérdida de oportunidad se consolida como un "daño autónomo", y otra, que afirma que el estudio de esta figura debe realizarse en sede del análisis del nexo causal. Recientemente, esta Subsección se pronunció sobre el tema, y entendió esta figura como un daño, con identidad y características propias, cuyo colofón es la vulneración de una expectativa o interés legítimo tutelados, que deben repararse. En efecto, la pérdida de oportunidad con esta

comprensión, no puede ser cualquiera, debe ser susceptible de advertirse como seria. La oportunidad perdida debe contar con un grado de suficiencia que permita concluir que, la acción u omisión de la autoridad pública generadora de daño, disminuyó la probabilidad de ganar o, aumentó la de perder, de manera relevante para el derecho. Lo anterior obedece al concepto mismo de interés legítimo, en el que se fundamenta la pérdida de oportunidad como daño, toda vez que debe tratarse de una posición de ventaja reservada para el titular del interés; se trata entonces de un interés particularizado en cabeza de ese individuo, en la medida en que, la ventaja no se predica de colectivos o grupos de individuos, sino del sujeto específico que vio disminuida su posición de superioridad frente a los demás. Por lo anterior, esa oportunidad debe contar con unos mínimos de relevancia jurídica, que permitan calificarla como valiosa o real.”

De manera reciente, la misma Corporación en providencia de la Sección Tercera de fecha 06 de mayo de 2024, expediente No 68001-23-33-000-2015-00369 (66626), explicó que la indemnización por pérdida de oportunidad en casos médicos se cuantifica en términos porcentuales, oscilando entre menos del 100% pero superior al 0%, y para determinar el porcentaje de la expectativa legítima truncada, se estableció que, por regla general debe sustentarse en diversos medios de prueba y, si finalmente no es posible fijar científica y técnicamente el porcentaje de probabilidades, la cuantificación se determinará de manera excepcional en un 50%, el cual se aplicará para la liquidación de los perjuicios. Específicamente esto fue lo que indicó la Corporación:

“(…) Ahora bien, tratándose de asuntos en los que se debate la defectuosa prestación del servicio médico, el daño no siempre consiste en la lesión física, la secuela fisiológica o la muerte del paciente, sino que también puede ocurrir que se le prive del suministro del tratamiento o cuidado disponible que mayor beneficio le pueda reportar o le otorgue las mayores posibilidades de supervivencia.

En este último evento, aunque tampoco existe certeza de que, aunque se hubiera actuado con diligencia, el paciente se salvaría, lo cierto es que, si el centro hospitalario hubiese obrado de conformidad, es decir, con la pericia y el cuidado necesarios, no le habría hecho perder el chance o la oportunidad de sobrevivir²⁶.

En el presente asunto se demostró que las faltas en las que incurrió el hospital accionado estuvieron causalmente relacionadas con la muerte del bebé que estaba por nacer; sin embargo, desconoce si aún con un traslado oportuno, el nasciturus habría sobrevivido. Así lo hizo saber el perito, quien indicó que la demora tuvo “incidencia en la muerte fetal”, pero “no necesariamente el que llegue al segundo nivel quiere decir que efectivamente no hay ya el óbito fetal, pero pues es una oportunidad que se da para que sea atendida por el especialista en ese nivel”, de ahí que la Sala comparta el fundamento de la responsabilidad adoptado por el a quo en la sentencia de primera instancia.

(…)

En primera instancia, el tribunal a quo, con apoyo en la jurisprudencia de esta Corporación, concluyó que, como se desconocían las posibilidades de sobrevida del bebé, la condena debía ser reducida en un 50%. En su apelación, la parte actora se mostró conforme con el fundamento de “pérdida de oportunidad”, pero solicitó el incremento del

²⁶ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 7 de julio de 2011. Exp. 20.139. M.P. Mauricio Fajardo Gómez y sentencia del 11 de agosto de 2010, expediente No. 18593. M.P. Enrique Gil Botero. Posición reiterada por esta Subsección en sentencia del 12 de diciembre de 2022, expediente 59776. M.P. José Roberto Sáchica Méndez y sentencia del 17 de febrero de 2023, expediente 50926.

porcentaje base de liquidación, pues, en su criterio, el índice de mortalidad en estos casos es del 1%.

En el presente asunto, la paciente cursaba un embarazo con polihidramnios y fue esa condición la que ocasionó que el feto tuviera una presentación anómala (de cara) que ponía en riesgo su nacimiento. La Sala advierte que en el proceso no hay prueba alguna que indique de manera directa las posibilidades de sobrevivida que tenía el hijo de la señora María Liliana Rodríguez Valencia, las cuales se veían reducidas por varios factores a saber: (i) por el riesgo inherente de un embarazo con polihidramnios que causó la mala posición fetal; (ii) el lapso que tarda el hospital receptor en aceptar la paciente y (iii) el tiempo de traslado hasta Barrancabermeja, factores que no le pueden ser atribuidos a la ESE.

En la sentencia del 5 de abril de 2017²⁷, se fijaron los “parámetros para cuantificar la indemnización por pérdida de oportunidad en casos de responsabilidad médica”. En esta providencia, se explicó que el daño a indemnizar es el truncamiento de la expectativa legítima, de ahí que “su estimación no solo será menor a la que procedería si se indemnizara el perjuicio final, es decir, la muerte o la afectación a la integridad física o psicológica, sino proporcional al porcentaje de posibilidades que tenía la víctima de sobrevivir o de mejorar sus condiciones de salud”.

También se dijo que, dicha indemnización “se cuantificará en términos porcentuales, teniendo en cuenta que está ubicada en un espacio oscilante entre dos umbrales, esto es, inferior al 100% y superior al 0%, ya que por tratarse de una probabilidad no podría ser igual o equivalente a ninguno de los dos extremos, máxime si se tiene en cuenta que en materia médica incluso los índices de probabilidad más débiles siguen representando intereses valiosos para el paciente y sus seres queridos, en consideración a la fungibilidad de la vida y el anhelo por prolongarla”.

Para efectos de fijar el porcentaje de la expectativa legítima truncada, se sostuvo que, por regla general, debía establecerse a través de los diferentes medios de prueba y, a falta de estos, se podría declarar en abstracto la condena o acudir a criterios de equidad²⁸. Si en últimas no es “posible fijar científica y técnicamente el porcentaje de probabilidades, la cuantificación (...) se determinará, excepcionalmente, (...) en un 50%, el cual se aplicará para la liquidación de los perjuicios”.

Así las cosas, como en el expediente no milita prueba que permita establecer el porcentaje de la expectativa legítima truncada, y dado que existen factores que inciden de manera directa la merma del mismo, la Sala concluye, al igual que en primera instancia, que las posibilidades de sobrevivida del hijo de la señora María Liliana Rodríguez Valencia eran del 50%.”

Como en el presente asunto no existe prueba que permita establecer el porcentaje exacto de la pérdida de la oportunidad, aunque está acreditado que las omisiones de la ESE Hospital María Inmaculada de Florencia y la EPS CAPRECOM disminuyeron las posibilidades de supervivencia de la paciente, el despacho acoge el criterio del Alto Tribunal, por lo tanto, se determina que las posibilidades de sobrevivida de la señora Ofelia Guaraca Salazar eran del 50%, y sobre esta base se liquidarán los perjuicios a reconocer.

²⁷ Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección B, sentencia de 5 de abril de 2017, exp. 25706, M.P. Ramiro Pazos Guerrero.

²⁸ Sobre la aplicación de la equidad como fundamento para cuantificar el perjuicio por la pérdida de oportunidad, ver: Consejo de Estado, Sala Plena de Sección Tercera, sentencia de 12 de julio de 2012, rad. 15,024, M.P. Danilo Rojas Betancourth.

Así las cosas, esta Agencia Judicial considera que están llamadas a prosperar las pretensiones de la parte actora, habida cuenta que se logró demostrar dentro del proceso la configuración de los elementos de la responsabilidad extra patrimonial de las demandadas, por lo tanto, se declarará su responsabilidad, considerando el despacho que las dos entidades, tanto la ESE Hospital María Inmaculada de Florencia como CAPRECOM EPS son igualmente responsables del daño causado, por lo que deberán responder de manera solidaria por los perjuicios que se procederán a tasar a continuación.

5.3.4. De la relación entre la ESE Hospital María Inmaculada de Florencia y Allianz Seguros S.A.

Observa el despacho que la ESE Hospital María Inmaculada de Florencia llama en garantía a ALLIANZ SEGUROS S.A. en virtud de la póliza de amparo de responsabilidad civil extracontractual No. 021732296/0 con vigencia desde el 01 de abril de 2015 hasta el 31 de diciembre de 2015, entidad que fue vinculada al proceso mediante auto interlocutorio del 30 de julio de 2019²⁹.

Ahora bien, en relación con la póliza de seguros No 021732296/0 del 10 de abril de 2015, se tiene como fecha de cobertura desde el 01 de abril de 2015 hasta el 31 de diciembre de 2015, es decir, que desde el ingreso de la señora Ofelia Guaraca Salazar al Hospital María Inmaculada de Florencia, el 10 de septiembre de 2015 y hasta su fallecimiento que tuvo lugar el día 17 del mismo mes y año, la póliza se encontraba vigente, teniendo como interés asegurado *“Indemnizar los perjuicios que cause el asegurado con motivo de determinada responsabilidad civil profesional en que incurra con relación a terceros, de acuerdo con la ley a consecuencia de in servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio, o asimilados, prestado dentro de los predios asegurados. Esta cobertura incluye la responsabilidad civil imputable al **ASEGURADO** como consecuencia de las acciones y omisiones profesionales, cometidos por personal médico, paramédico, auxiliar, farmaceuta, laboratorista, de enfermería o asimilados, bajo relación laboral con el **ASEGURADO** o autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial, en el ejercicio de sus actividades al servicio del mismo”*, con un límite asegurado de mil millones de pesos (\$1.000.000.000=).

Así las cosas, el despacho ordenará a Allianz Seguros S.A., llamada en garantía dentro del presente asunto, pagar a favor de la ESE Hospital María Inmaculada de Florencia, quien a su vez responderá frente a los demandantes por los perjuicios que se encuentren probados, el valor de la condena impuesta, pero únicamente hasta el límite del monto asegurado atendiendo lo establecido en la póliza de seguros No 021732296/0 del 10 de abril de 2015, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 1079 del Código de Comercio.

6. RECONOCIMIENTO DE PERJUICIOS

6.1. Perjuicios Morales.

Los perjuicios morales, según la tesis reiterada del Consejo de Estado, obedecen a la indemnización que se reconoce a quienes sufran un daño antijurídico la cual tiene una función básicamente satisfactoria y no reparatoria del daño causado, los medios de prueba que para el efecto se alleguen al proceso pueden demostrar su existencia pero no una medida patrimonial exacta frente al dolor, por lo tanto, corresponde al juez tasar discrecionalmente la cuantía de su reparación, teniendo en cuenta la gravedad del daño

²⁹ Páginas 31-32 PDF 08CuadernoLlamamientoGarantiaAAllianz – Expediente Electrónico.

causado al demandante³⁰, adicionalmente a esta consideración, se observa que existe un parámetro aproximado que de manera constante ha establecido el Alto Tribunal de lo Contencioso Administrativo en casos análogos al aquí analizado para tasar dicho perjuicio, razón por la cual se tomará esta medida como base para establecer la indemnización en el presente proceso.

Así las cosas, se tiene que el Consejo de Estado en sentencia de unificación del 28 de agosto de 2014, fijó los parámetros a tener en cuenta para el reconocimiento de este tipo de perjuicios, así:

REPARACION DEL DAÑO MORAL EN CASO DE MUERTE					
REGLA GENERAL					
	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4	NIVEL 5
	Relaciones afectivas conyugales y paterno filiales	Relación afectiva del 2° de consanguinidad o civil (abuelos, hermanos y nietos)	Relación afectiva del 3° de consanguinidad o civil	Relación afectiva del 4° de consanguinidad o civil	Relaciones afectivas no familiares - terceros damnificados
Porcentaje	100%	50%	35%	25%	15%
Equivalencia en salarios mínimos	100	50	35	25	15

Las reglas jurisprudenciales establecidas por el Consejo de Estado, parten de las reglas de la experiencia y de la razón ponderada, las primeras con el fin de entender que por regla general todas las personas se afligen y se sienten moralmente por la muerte de un familiar cercano hasta el segundo grado de consanguinidad, caso en el cual se presume el perjuicio moral, y el segundo, para tasar y unificar criterios en la cuantía del perjuicio, parametrizando lo que equivaldría en dinero como compensación del fallecimiento del familiar.

Además, en este caso la condena será reconocida sobre la base del 50% como se explicó en precedencia, teniendo en cuenta que en el sub judice no se logró establecer el porcentaje exacto de la pérdida de la oportunidad.

Teniendo en cuenta lo anterior, se reconocerán por concepto de perjuicios morales las siguientes sumas:

- Para SANDRA LILIANA GUARACA SALAZAR³¹, LEIDY JOHANA GUARACA SALAZAR³², ÁLVARO GUARACA SALAZAR³³, JOHN GUARACA SALAZAR³⁴, FREDY GUARACA SALAZAR³⁵, OBDULIO ARDILA GUARACA³⁶, YULIETH ARDILA GUARACA³⁷ y MARIADERLI ARDILA GUARACA³⁸, en calidad de hijos de la víctima directa, el equivalente a 50 smmlv, para cada uno.

³⁰ Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Consejera Ponente: Ruth Stella Correa Palacio. Providencia de fecha 20 de abril de 2005. Radicación Número: 25000-23-26-000-1994-01574-01(15247).
³¹ Página 42 PDF 01CuadernoPrincipal1 – Expediente Electrónico.
³² Página 47 PDF 01CuadernoPrincipal1 – Expediente Electrónico.
³³ Página 49 PDF 01CuadernoPrincipal1 – Expediente Electrónico.
³⁴ Página 52 PDF 01CuadernoPrincipal1 – Expediente Electrónico.
³⁵ Página 56 PDF 01CuadernoPrincipal1 – Expediente Electrónico.
³⁶ Página 60 PDF 01CuadernoPrincipal1 – Expediente Electrónico.
³⁷ Página 62 PDF 01CuadernoPrincipal1 – Expediente Electrónico.
³⁸ Página 65 PDF 01CuadernoPrincipal1 – Expediente Electrónico.

- Para LOURDES SALAZAR DE GUARACA³⁹, en calidad de madre de la víctima directa, el equivalente a 50 smmlv, para cada uno.
- Para LILIA GUARACA SALAZAR⁴⁰, CECILIA GUARACA SALAZAR⁴¹, RUBIELA GUARACA SALAZAR⁴², MARÍA BETTY GUARACA SALAZAR⁴³, DAVID GUARACA SALAZAR⁴⁴, LUZ MARY GUARACA SALAZAR⁴⁵, NELLY GUARACA SALAZAR⁴⁶, JOLMAN GUARACA SALAZAR⁴⁷, YEINSON GUARACA SALAZAR⁴⁸ y EDGAR GUARACA SALAZAR⁴⁹, en calidad de hermanos de la víctima directa, el equivalente a 25 smmlv, para cada uno.

Frente a MAURICIO GUARACA SALAZAR no se reconocen perjuicios morales como hijo de la víctima directa, sino como su hermano, ya que este último parentesco fue el que se acreditó mediante registro civil de nacimiento con indicativo serial 28464201⁵⁰.

Con relación al señor OBDULIO ARDILA HERNÁNDEZ quien comparece como compañero permanente de la señora Ofelia Guaraca Salazar, el despacho niega el reconocimiento de perjuicios morales, teniendo en cuenta que para acreditar la calidad en que acude a demandar solo se cuenta con el testimonio del señor José Norbey Soto Ramos en audiencia de pruebas del 26 de agosto de 2022, el cual por sí solo, no es suficiente para demostrar su relación con la víctima directa. Además, en los datos consignados en la historia clínica⁵¹ de la señora Ofelia Guaraca Salazar se dejó anotado que su estado civil era soltera, como en igual sentido se registró en formato de noticia criminal – FPJ – 2 - de fecha 17 de septiembre de 2015⁵².

De otra parte, se accede al reconocimiento a favor de la sucesión de la señora Ofelia Guaraca Salazar, de los perjuicios morales que le fueron causados a esta última debido al sufrimiento que experimentó antes de que se concretara el daño, es decir, su fallecimiento, en el equivalente a 50 smmlv.

Lo anterior atendiendo a la transmisibilidad del derecho a la reparación de perjuicios, respecto de la cual la Sección Tercera del Consejo de Estado en providencia del 29 de enero de 2016, expediente con radicación No 05001-23-31-000-2006-01559-01(38635), Consejero Ponente Danilo Rojas Betancourth, explicó:

La Sala, considera que, frente a los principios informadores del derecho a la reparación integral, la transmisibilidad del derecho a la reparación de los daños morales causados a la víctima directa, es procedente, por regla general. En efecto, debe sostenerse que de conformidad con lo dicho, el derecho a la indemnización es de carácter patrimonial y por ende, la obligación indemnizatoria, se transmite a los herederos de la víctima, por tratarse de un derecho de naturaleza patrimonial, que se concreta en la facultad de exigir del responsable, la indemnización correspondiente, toda vez que en el ordenamiento jurídico colombiano no existe disposición de carácter legal expresa prohibitiva y por el contrario, la regla general, indica que todos los activos, derechos y acciones de carácter patrimonial

³⁹ Página 37 PDF 01CuadernoPrincipal1 – Expediente Electrónico.

⁴⁰ Páginas 37 y 69 PDF 01CuadernoPrincipal1 – Expediente Electrónico.

⁴¹ Páginas 37 y 73 PDF 01CuadernoPrincipal1 – Expediente Electrónico.

⁴² Páginas 37 y 75 PDF 01CuadernoPrincipal1 – Expediente Electrónico.

⁴³ Páginas 37 y 78 PDF 01CuadernoPrincipal1 – Expediente Electrónico.

⁴⁴ Páginas 37 y 80 PDF 01CuadernoPrincipal1 – Expediente Electrónico.

⁴⁵ Páginas 37 y 83 PDF 01CuadernoPrincipal1 – Expediente Electrónico.

⁴⁶ Páginas 37 y 86 PDF 01CuadernoPrincipal1 – Expediente Electrónico.

⁴⁷ Páginas 37 y 89 PDF 01CuadernoPrincipal1 – Expediente Electrónico.

⁴⁸ Páginas 37 y 92 PDF 01CuadernoPrincipal1 – Expediente Electrónico.

⁴⁹ Páginas 37 y 95 PDF 01CuadernoPrincipal1 – Expediente Electrónico.

⁵⁰ Página 44 PDF 01CuadernoPrincipal1 – Expediente Electrónico.

⁵¹ Páginas 288, 290, 330, 361, 364, 375 PDF 01CuadernoPrincipal1 – Expediente Electrónico.

⁵² Página 9 PDF 74Parte1 – Expediente Electrónico.

forman parte de la masa herencial transmitible y por ende los sucesores mortis causa, reciben la herencia con íntegro su contenido patrimonial y, ya se observó, que el derecho al resarcimiento, o lo que es igual, la titularidad del crédito indemnizatorio, no se puede confundir con el derecho subjetivo de la personalidad vulnerado (...) Es de anotar que la controversia doctrinal que la Sección Tercera zanjó en esa oportunidad se refería específicamente a los perjuicios morales, pues era respecto de ellos que se sostenía que, al ser de carácter personalísimo, no podían transmitirse.(...) **En esa oportunidad la Sala precisó que el perjuicio moral transmisible es aquel que, habiendo experimentado en vida la persona fallecida, le confirió el derecho a obtener una indemnización, crédito que formaba parte de su patrimonio herencial y por lo mismo sus herederos habrían de recibirlo en iguales condiciones** . Adicionalmente señaló que, para la reclamación de este crédito, los demandantes en reparación directa debían acreditar dos aspectos: “la consistencia y realidad del daño moral padecido por la víctima directa, de una parte y, el título hereditario invocado, que [los] legitima en el ejercicio de la pretensión indemnizatoria para [su] reconocimiento. La Sala concluye que, habiéndose acreditado que los demandantes tienen, en los términos del artículo 1045 del Código Civil, vocación hereditaria, estos se encontrarían legitimados para reclamar, en nombre de la sucesión de John Jather Giraldo Muriel –dentro del respectivo proceso de naturaleza civil-, la indemnización de los perjuicios materiales e inmateriales que aquel hubiere presuntamente sufrido como consecuencia del hecho dañoso. A juicio de la Sala, resulta impreciso lo considerado por el Tribunal, pues si bien a los demandantes les fue reconocida una indemnización por concepto de perjuicios morales derivada de la muerte de su ser querido, lo cierto es que el perjuicio inmaterial reclamado a favor de la sucesión sobreviene de una situación particular que el recluso debió afrontar cuando aún se encontraba con vida, hecho que en todo caso deviene a la imputación realizada por “las fallas en que incurrió la entidad demandada, [que] impidieron la práctica del procedimiento adecuado para la enfermedad que sufría el paciente, siendo ello precisamente lo que condujo a su muerte, por choque séptico, falla orgánica multisistémica, y meningo encefalitis”. **En ese sentido, debe entenderse que a partir del hecho dañoso por el que fue declarada administrativamente responsable la entidad accionada, los demandantes se encuentran reclamando por dos tipos de daños morales distintos, el que se les produjo a consecuencia del deceso de su familiar, que ya fue reconocido, y el ocasionado directamente a su causante antes de su muerte. (...) para la Sala es innegable que el recluso debió sufrir un menoscabo moral considerable a partir del hecho de sentirse gravemente enfermo por varios días y no poder acceder a una atención médica adecuada**, ora porque no existían las herramientas para el efecto en el penal donde se encontraba recluso, ora porque no era convincente a los ojos de los guardias la grave sintomatología que padecía. Por este motivo, y habiéndose determinado la procedencia de la transmisibilidad del derecho a la reparación de perjuicios, la Sala estima prudente, según las particularidades del caso, reconocer una indemnización a favor de John Jather Giraldo Muriel de su sucesión-, por concepto de perjuicios morales, en el monto equivalente a cincuenta (50) S.M.L.M.V. (Destaca el despacho).

De acuerdo con la jurisprudencia citada, el perjuicio moral transmisible se refiere al daño o sufrimiento que una persona experimentó en vida y que le otorgó el derecho a recibir una indemnización, como este derecho a la indemnización se considera parte del patrimonio de la persona fallecida, al fallecer, el mismo se transmite a sus herederos, quienes pueden reclamar la indemnización en las mismas condiciones en que lo habría hecho la persona fallecida; es decir, los herederos pueden recibir la compensación por el daño moral que sufrió su ser querido antes de morir, como parte de la herencia.

6.2. Daño a La Salud o a la Vida de Relación.

El apoderado de la parte actora solicita que se reconozca ésta modalidad de perjuicio en favor de la víctima directa, la señora Ofelia Guaraca Salazar. Sin embargo, aunque se demostró el daño moral que sufrió antes de su fallecimiento, una vez ocurrió su deceso, no es posible que las condiciones de vida hayan cambiado de manera fehaciente para justificar el reconocimiento de este perjuicio, porque al haber fallecido, no pudo experimentar ningún daño posterior a la consumación del hecho dañino, que es su muerte misma.

Así las cosas, el Despacho no accederá a esta pretensión y negará el reconocimiento de suma alguna por daño a la vida de relación.

6.3. Perjuicios Materiales.

6.3.1. Lucro cesante.

En cuanto a los perjuicios materiales en la forma de lucro cesante, la jurisprudencia del Consejo de Estado en varias decisiones ha sostenido, que los llamados a reclamar y obtener indemnización por daños materiales en la modalidad de lucro cesante son los esposos o compañeros permanentes de la persona fallecida y los hijos hasta la mayoría de edad o en su defecto, hasta los 25 años, bajo el entendido de que estudien. Y excepcionalmente, al demostrarse la dependencia económica por motivos de enfermedad grave o incapacidad permanente que les ocasione un impedimento para trabajar, y cuando se tratare de jóvenes que aún convivían con sus padres, se les reconocerá lucro cesante a estos hasta que el hijo tuviese los 25 años, pues es de cabal entendimiento que a esta edad los jóvenes se emancipan de los padres y, por ende, hasta esa edad podrían prestar ayuda económica a estos.

En este orden de ideas, se reconocerán los perjuicios materiales en la modalidad de lucro cesante a favor de **MARIADERLI ARDILA GUARACA, OBDULIO ARDILA GUARACA y YULIETH ARDILA GUARACA** en su calidad de hijos de la víctima hasta el cumplimiento de sus 25 años de edad.

Para el caso en particular se aplicará la postura de unificación jurisprudencial del Consejo de Estado, relacionada con el derecho al acrecimiento del lucro cesante, fundamentada en lo siguiente:

“En ese orden, considera la Sala en esta oportunidad que existen importantes razones que ameritan la indemnización del lucro cesante con acrecimiento, en cuanto i) la aplicación de ese principio general no afecta la autonomía del régimen de responsabilidad patrimonial del Estado; por el contrario, se aviene con las exigencias relativas a la protección constitucional de la unidad y los vínculos de solidaridad familiar, afectados con el hecho dañino imputable a la entidad pública y con los principios de justicia, equidad y reparación integral, de que tratan las disposiciones de los artículos 2°, 42, 90, 230 constitucionales y 16 de la Ley 446 de 1998 y ii) el perjuicio a ser indemnizado comprende la afectación del derecho al incremento que se habría generado desde la víctima con condición de buen padre de familia hacia cada uno de los miembros del grupo. Esto si se considera que la ocurrencia del daño no tendría que afectar la unidad patrimonial y el deber ser de su permanencia, al margen de su movilidad

Efectivamente, el deber ser atendible conforme con el modelo abstracto del buen padre de familia, sobre el que se forja la protección de la unidad y los vínculos de solidaridad entre los miembros del núcleo básico de la sociedad, indica que lo que normalmente ocurrirá es que el transcurso del tiempo incrementa en lugar de debilitar los lazos familiares, de donde los mayores requerimientos serían suplidos con las sumas destinadas a apoyar a los hijos mayores, una vez alcanzado por estos el límite previsto. Y es que con el correr de los años también se incrementan las exigencias, los costos en la educación y dotación para un adecuado desempeño personal y se menguan inexorablemente las capacidades naturales del cónyuge o compañero supérstite, razón de más que justifica el derecho de que la ayuda dejada de percibir por miembros del grupo acrezca las que corresponden a los demás hijos y al consorte. Y, finalmente, por qué no, que este último acceda a la tranquilidad de contar con la suma que habría compartido con su compañero (a), si su muerte temprana no hubiere ocurrido

Siendo así, la Sala no encuentra razón para negarle a los demandantes su derecho al acrecimiento del lucro cesante, cuando en la línea temporal para unos se vaya extinguiendo el derecho a la porción, pues, de no haber ocurrido la muerte de los padres y cónyuges de los actores, lo que habría ocurrido al tenor del derecho fundamental a mantener la unidad, los vínculos de solidaridad familiar y del deber ser al que se debe el buen padre de familia, es que, cuando, por el transcurso del tiempo, en la economía de las familias estables se liberan obligaciones frente a uno de sus integrantes, ello permite el incremento normal que demanda la atención de los restantes, cuyas necesidades, para entonces, son más exigentes en términos de costos.”⁵³

Ahora bien, pese a no obrar en el plenario, prueba fehaciente de los ingresos económicos percibidos por la señora Ofelia Guaraca Salazar, en aplicación de la jurisprudencia del Consejo de Estado, se tendrá por acreditado que éste percibía cuando menos el salario mínimo legal vigente⁵⁴.

Por no encontrarse acreditado el valor que la señora OFELIA GUARACA SALAZAR ganaba mensualmente, se tomará como monto base para la liquidación de los perjuicios materiales, en principio el salario mínimo para la época en que sucedieron los hechos, es decir, 2015 que sería \$644.350=, suma que será actualizada de la siguiente manera:

\$644.350 x IPC final / IPC inicial:
IPC. Inicial (septiembre de 2015= 86,39)
IPC. Final (octubre de 2024 =143,83)
 $\$644.350 \times 143,83 / 86,39 = \$1.072.773,01$

ACTUALIZACIÓN DEL SALARIO

Pero teniendo en cuenta que el salario mínimo arrojado resultó inferior al actual, se acudirá en aplicación del artículo 16 de la Ley 446 de 1998, al valor del salario mínimo legal vigente para la fecha de esta sentencia que es de \$1.300.000 M/CTE., y será sobre este último que se practicará la liquidación, previo incremento del 25% equivalente a las prestaciones sociales y sobre dicho valor se deducirá el 25% correspondiente al porcentaje que ella destinaba para su propia manutención y la de su familia. Es decir: \$ 1.300.000 + 25% = \$1.625.000 - 25% = \$ 1.218.750.

⁵³ Consejo de Estado. Sentencia de Unificación CE-SUJ—001 del 22 de abril de 2015. Exp. 19.146. MO. Stella Conto Díaz del Castillo.

⁵⁴ Consejo de Estado, Sección tercera, 15 de septiembre de 1995, C.P. Dr. Montes Hernández: “según las pautas jurisprudenciales de la Sala, se presume que el occiso no devengaba menos del salario mínimo legal vigente para la fecha de los hechos, incrementado en un 25% correspondiente a prestaciones sociales”.

Establecida la renta actualizada, es decir **\$1.218.750**, se procede a determinar el tiempo máximo durante el cual se habría prolongado la ayuda económica a sus hijos, tomando en cuenta la probabilidad de vida (Tmax) de la señora OFELIA GUARACA SALAZAR, quien nació el 23 de abril de 1964⁵⁵, es decir falleció a sus 51 años - 04 meses – 24 días de edad (17 de septiembre de 2015) y según Resolución No. 1555 del 2010 proferida por la Superintendencia Financiera su expectativa de vida era de 35,2 años de vida, es decir un total de **422,4** meses

El periodo consolidado corresponde al periodo comprendido entre el fallecimiento de la señora OFELIA GUARACA SALAZAR el 17 de septiembre de 2015, hasta la fecha de esta sentencia (29 de noviembre de 2024), para un total de **110,43** meses (Tcons), y el periodo futuro que corresponde al tiempo que falta para completar el tiempo máximo de ayuda económica así: (Tfut) = (Tmax) – (Tcons), lo que equivale a **422,4 - 110,43 =311,97 meses** (Tfut)

Para determinar los periodos de indemnización de cada beneficiario se toma la fecha de la muerte (15 de septiembre de 2015) como periodo inicial, hasta la expectativa de vida de la señora OFELIA GUARACA SALAZAR, de acuerdo al derecho que tiene cada uno de los beneficiarios, es decir para cada uno de los hijos hasta el cumplimiento de sus 25 años, según reglas de unificación jurisprudencial de la sentencia citada, en consecuencia, para este asunto el periodo a indemnizar es el siguiente:

Demandante	Fecha nacimiento	Fecha límite indemnización (25 años o vida probable)	Periodo a indemnizar (en meses) desde 17/09/2015 hasta fecha límite de indemnización		
			Consolidado	Futuro	Total
Mariaderli Ardila Guaraca	24/03/1999	24/03/2024	102.27	0	102.27
Obdulio Ardila Guaraca	26/05/2000	26/05/2025	110.43	5.93	116.36
Yulieth Ardila Guaraca	05/11/2002	05/11/2027	110.43	41.16	151.59

Los periodos para el lucro cesante consolidado y futuro se calculan de acuerdo al cumplimiento de la fecha límite de indemnización de cada demandante, y cada periodo corresponde a la fecha en que cada hijo vaya cumpliendo sus 25 años de edad y, en ausencia de un compañero o cónyuge de la víctima, la sentencia se liquidará únicamente hasta que el hijo menor cumpla 25 años, así:

LUCRO CESANTE CONSOLIDADO 110.43 meses		LUCRO CESANTE FUTURO 311.97 meses		
Periodo 1 (Pd1) 102.27 meses	Periodo 2 (Pd2) 8.16 meses	Periodo 3 (Pd3) 5.93 meses	Periodo 4 (Pd4) 35,23	Periodo 5 (Pd5) 270,81
Del 17/09/2015 al 24/03/2024	Del 25/03/2024 al 29/11/2024	Del 30/11/2024 al 26/05/2025	Del 27/05/2025 al 05/11/2027	Del 06/11/2027 a finalizar periodo
Comprende desde la fecha de la muerte de la señora Ofelia Guaraca Salazar hasta el cumplimiento de los 25 años de edad de Mariaderli Ardila Guaraca.	Comprende desde día siguiente al cumpleaños 25 de Mariaderli Ardila Guaraca a la fecha de ésta sentencia.	Comprende desde el día siguiente a la fecha de la sentencia al cumpleaños 25 de Obdulio Ardila Guaraca.	Comprende desde día siguiente al cumpleaños 25 de Obdulio Ardila Guaraca hasta el cumplimiento de los 25 años de Yulieth Ardila Guaraca.	Hasta la vida probable de la fallecida
Beneficiarios: 3 hijos del fallecido: Mariaderli, Obdulio y Yulieth Ardila Guaraca	Beneficiarios: Obdulio y Yulieth Ardila Guaraca	Beneficiarios: Obdulio y Yulieth Ardila Guaraca	Beneficiaria: Yulieth Ardila Guaraca	Beneficiario: Sin beneficiarios

⁵⁵ Página 37 PDF 01CuademoPrincipal1 – Expediente Electrónico.

La forma en que se liquida cada periodo se realiza así: el lucro cesante consolidado se divide en dos periodos, en el **Periodo 1** la renta consolidada se dividirá en partes iguales para los tres hijos y para el **Periodo 2** el valor de la renta consolidada será para Obdulio y Yulieth Ardila Guaraca. Para el **Periodo 3** el valor total de la renta futura será en partes iguales para los 2 hijos menores (Obdulio y Yulieth Ardila Guaraca), para el **Periodo 4** el valor total de la renta futura será de la hija menor de la fallecida (Yulieth Ardila Guaraca); finalmente el despacho se abstendrá de realizar la liquidación correspondiente al **Periodo 5** teniendo en cuenta que no hay ningún beneficiario, por tanto la liquidación de la indemnización futura solamente se realizará por un periodo de **41,16 meses** que corresponden al tiempo que falta entre la sentencia y el cumplimiento de los 25 años del menor de los hijos de la fallecida.

Se determina la renta destinada a la ayuda económica para el grupo familiar, dejada de percibir por la fallecido, durante el tiempo consolidado (Rc), y el tiempo futuro (Rf), con las siguientes fórmulas:

Periodo consolidado:

- **Periodo 1 (Pd1)**

$$Rc = \frac{Ra \times (1+i)^n}{i}$$

i= interés mensual (0.004867) y n= (Tcons)

Para el caso en concreto:

Ra= **\$1.218.750**
n= **102,27**

De acuerdo a lo anterior:

$$Rc = \frac{\$1.218.750 \times (1+0.004867)^{102,27}}{0.004867}$$

Rc= **\$161.021.180,32**

Se tiene entonces que el valor dejado de devengar por los familiares de la víctima durante el primer periodo consolidado corresponde a **\$149.458.754,07=**; en consecuencia, ésta se dividirá en partes iguales para los tres hijos de la víctima (Mariaderli Ardila Guaraca, Obdulio Ardila Guaraca y Yulieth Ardila Guaraca), es decir que a cada uno le corresponde un monto de **\$49.819.585=**.

- **Periodo 2 (Pd2)**

$$Rc = \frac{Ra \times (1+i)^n}{i}$$

i= interés mensual (0.004867) y n= (Tcons)

Para el caso en concreto:

$Ra = \$1.218.750$
 $n = 8,16$

De acuerdo a lo anterior:

$$Rc = \frac{\$1.218.750 \times (1 + 0.004867)^{8.16}}{0.004867}$$

$Rc = \$10.120.022,89$

Se tiene entonces que el valor dejado de devengar por los familiares de la víctima durante el segundo periodo consolidado corresponde a **\$10.120.022,89=**; en consecuencia, ésta se dividirá en partes iguales para los dos hijos de la víctima (Obdulio Ardila Guaraca y Yulieth Ardila Guaraca), es decir que a cada uno le corresponde un monto de **\$5.060.011=**.

En resumen, el lucro cesante consolidado se estipula así:

TOTALIZACIÓN LUCRO CESANTE CONSOLIDADO			
	Periodo 1	Periodo 2	Total
RENTA A DISTRIBUIR	\$149.458.754,07	\$10.120.022,89	\$159.578.777
Mariaderli Ardila Guaraca	\$49.819.585	\$0	\$49.819.585
Obdulio Ardila Guaraca	\$49.819.585	\$5.060.011	\$54.879.596
Yulieth Ardila Guaraca	\$49.819.585	\$5.060.011	\$54.879.596
TOTAL RENTA DISTRIBUIDA	\$149.458.754,07	\$10.120.022,89	\$159.578.777

Periodo futuro:

$$Rf = \frac{Ra \times ((1+i)^n - 1)}{i(1+i)^n}$$

i= interés mensual (0.004867) y n= (Tfut)

Para el caso en concreto:

$Ra = \$1.218.750$
 $n = 41.16$

De acuerdo a lo anterior:

$$Rf = \frac{\$1.218.750 \times ((1 + 0.004867)^{41.16} - 1)}{0.004867 (1 + 0.004867)^{41.16}}$$

$Rf = \$45.358.954,83$

Se liquida el lucro cesante futuro por un periodo de **41.16 meses** que corresponde al tiempo que falta para que Yulieth Ardila Guaraca, hija menor de la fallecida, cumpla los 25 años de edad, el restante tiempo no se liquidará teniendo en cuenta que para el mismo no hay ningún beneficiario, en consecuencia, la renta a distribuir durante éste periodo corresponde a **\$45.358.954,83=**.

• **Periodo 3 (Pd3)**

Corresponde al tiempo que le falta a Obdulio Ardila Guaraca en cumplir sus 25 años desde la fecha de ésta sentencia, es decir **5,93 meses**.

$Vd = (Rf / Tfut) \times Pd3$

Para el caso en concreto:

$Rf = \$ 45.358.954,83$

$Tfut = 41,16$

$Pd3 = 5,93$

De acuerdo a lo anterior:

$Vd = \frac{\$ 45.358.954,83}{41.16} \times 5.93$

$Vd = \$6.534.951 =$

De manera que el 50% de ese valor se divide en dos partes iguales para cada hijo, lo que arroja un total de \$3.267.476= tanto para Obdulio Ardila Guaraca como para Yulieth Ardila Guaraca.

• **Periodo 4 (Pd4)**

Este periodo se liquida desde el día siguiente al que Obdulio Ardila Guaraca cumple los 25 años de edad hasta la fecha en que Yulieth Ardila Guaraca, es decir 35,23 meses.

$Vd = (Rf / Tfut) \times Pd4$

Para el caso en concreto:

$Rf = \$ 45.358.954,83$

$Tfut = 41,16$

$Pd4 = 35,23$

De acuerdo a lo anterior:

$Vd = \frac{\$ 45.358.954,83}{41.16} \times 35.23$

$Vd = \$38.824.003.$

De manera que a Yulieth Ardila Guaraca como única beneficiaria le corresponde un valor por lucro cesante futuro en el *Periodo 4* de **\$38.824.003=.**

En resumen, el lucro cesante futuro se estipula así:

TOTALIZACIÓN LUCRO CESANTE FUTURO			
	Periodo 3	Periodo 4	Total
RENTA A DISTRIBUIR	\$6.534.951	\$38.824.003	\$45.358.954,83
Obdulio Ardila Guaraca	\$3.267.476	\$0	\$3.267.476
Yulieth Ardila Guaraca	\$3.267.476	\$38.824.003	\$42.091.479
TOTAL RENTA DISTRIBUIDA	\$6.534.951	\$38.824.003	\$45.358.954,83

Finalmente, los valores reconocidos por concepto de lucro cesante (futuro y consolidado) para cada demandante son:

- Para MARIADERLI ARDILA GUARACA, en condición de hija de la víctima la suma de ***cuarenta y nueve millones ochocientos diecinueve mil quinientos ochenta y cinco m/cte (\$49.819.585=)***.
- Para OBDULIO ARDILA GUARACA en su condición de hijo de la víctima el equivalente a ***cincuenta y ocho millones ciento cuarenta y siete mil setenta y dos pesos m/cte (\$58.147.072=)***.
- Para YULIETH ARDILA GUARACA en su condición de hija de la víctima el equivalente a ***noventa y seis millones novecientos setenta y un mil setenta y cinco pesos m/cte (\$96.971.075=)***.

7. CONDENA EN COSTAS

Al tenor del artículo 365 y ss. del Código General del Proceso aplicable por remisión normativa por el artículo 188 del CPACA el despacho se abstendrá de condenar en costas a voces del numeral 5º del artículo 365 al haber prosperado parcialmente las pretensiones de la demanda.

8. DECISIÓN

Los razonamientos expuestos en precedencia, son el sustento para que el Juzgado Tercero Administrativo de Florencia - Caquetá, Administrando Justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley,

RESUELVA:

PRIMERO: DECLARAR no probada las excepciones de *ausencia de responsabilidad falta de legitimación en la causa por pasiva y ausencia de nexo causal* propuestas por PAR CAPRECOM LIQUIDADO; así como las excepciones de *inexistencia de falla en la prestación del servicio médico e, inexistencia de nexo de causalidad* planteadas por la ESE HOSPITAL MARÍA INMACULADA DE FLORENCIA.

SEGUNDO: DECLARAR que la ESE HOSPITAL MARÍA INMACULADA DE FLORENCIA y PAR CAPRECOM LIQUIDADO son administrativa, solidaria y patrimonialmente responsables por los perjuicios materiales e inmateriales, causados por la muerte de la señora Ofelia Guaraca Salazar ocurrida el 17 de septiembre de 2015.

TERCERO: En consecuencia, **CONDÉNESE** a la NACIÓN - MINISTERIO DE DEFENSA - EJÉRCITO NACIONAL, a reconocer y pagar a los accionantes las siguientes sumas

❖ PERJUICIOS MORALES:

- Para SANDRA LILIANA GUARACA SALAZAR, LEIDY JOHANA GUARACA SALAZAR, ÁLVARO GUARACA SALAZAR, JOHN GUARACA SALAZAR, FREDY GUARACA SALAZAR, OBDULIO ARDILA GUARACA, YULIETH ARDILA GUARACA y MARIADERLI ARDILA GUARACA, en calidad de hijos de la víctima directa, el equivalente a 50 smmlv, para cada uno.

- Para LOURDES SALAZAR DE GUARACA, en calidad de madre de la víctima directa, el equivalente a 50 smmlv.
- Para LILIA GUARACA SALAZAR, CECILIA GUARACA SALAZAR, RUBIELA GUARACA SALAZAR, MARÍA BETTY GUARACA SALAZAR, DAVID GUARACA SALAZAR, LUZ MARY GUARACA SALAZAR, NELLY GUARACA SALAZAR, JOLMAN GUARACA SALAZAR, YEINSON GUARACA SALAZAR, EDGAR GUARACA SALAZAR y MAURICO GUARACA SALAZAR, en calidad de hermanos de la víctima directa, el equivalente a 25 smmlv, para cada uno.
- A favor de la sucesión de la señora OFELIA GUARACA SALAZAR, el equivalente a 50 smmlv.

❖ **PERJUICIOS MATERIALES:**

Por Lucro Cesante Futuro y Consolidado:

- Para MARIADERLI ARDILA GUARACA, en condición de hija de la víctima la suma de cuarenta y nueve millones ochocientos diecinueve mil quinientos ochenta y cinco m/cte (\$49.819.585=).
- Para OBDULIO ARDILA GUARACA en su condición de hijo de la víctima el equivalente a cincuenta y ocho millones ciento cuarenta y siete mil setenta y dos pesos m/cte (\$58.147.072=).
- Para YULIETH ARDILA GUARACA en su condición de hija de la víctima el equivalente a noventa y seis millones novecientos setenta y un mil setenta y cinco pesos m/cte (\$96.971.075=).

CUARTO: DENEGAR las demás pretensiones de la demanda.

QUINTO: ORDENAR que se dé cumplimiento a esta providencia con observancia de lo dispuesto en el artículo 192 y 195 del C.P.A.C.A.

SEXTO: Sin condena en costas.

SÉPTIMO: ORDENAR el posterior archivo del expediente una vez quede ejecutoriada esta decisión y se dejen las constancias correspondientes en el sistema de información judicial SAMAI.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

FAVIO FERNANDO JIMÉNEZ CARDONA

Juez

ELAE

CONSTANCIA: La presente providencia fue firmada electrónicamente por el Juez Tercero Administrativo de Florencia en la plataforma denominada SAMAI. En consecuencia, se garantiza la autenticidad, integridad, conservación y posterior consulta, de conformidad con el artículo 186 del CPACA. Puede validar la autenticidad del documento ingresando en el siguiente link: <https://samairj.consejodeestado.gov.co/Vistas/documentos/validador.aspx>