



Libertad y Orden

**RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE NARIÑO
SECRETARÍA**

LA SUSCRITA SECRETARIA GENERAL DEL TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE NARIÑO

CERTIFICA ELECTRÓNICAMENTE.

Que de conformidad con lo previsto en el numeral 2º del artículo 114 del CGP, las copias adjuntas a esta constancia electrónica, **son iguales a los originales**, y corresponden al fallo de primera instancia de fecha **siete (7) de mayo de dos mil dieciocho (2018)** proferido por el Juzgado Quinto Administrativo de Pasto, y al fallo de segunda instancia de fecha **veinticinco (25) de agosto de dos mil veintitrés (2023)**, proferido por el **Tribunal Administrativo de Nariño**, con Ponencia del H. Magistrado **Paulo León España Pantoja**, dentro de expediente que se relaciona a continuación:

Radicación: 52001333300520140023901 (6217)
Medio de Control: Reparación Directa.
Demandante: José David Massa y otros.
Demandado: Hospital Universitario Departamental de Nariño y otros.

Que conforme al sistema para la gestión judicial SAMAI¹ el fallo de segunda instancia se notificó por parte de la Secretaría del Despacho 04 del Tribunal Administrativo de Nariño el **veintiuno (21) de noviembre de dos mil veintitrés (2023)**, por lo tanto, de acuerdo a la información suministrada por el Despacho 04, la providencia quedó ejecutoriada el **veinticuatro (24) de noviembre de dos mil veintitrés (2023), a las cinco de la tarde (5:00 p.m.)**.

Se expide en San Juan de Pasto, el día dieciocho (18) de enero de dos mil veinticuatro (2024).


MARCELA ENRÍQUEZ RUIZ
Secretaria General
Tribunal Administrativo de Nariño

Elaborado por: JAES

¹

https://samai.consejodeestado.gov.co/Vistas/Casos/list_procesos.aspx?guid=520013333005201400239015200123



**RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO QUINTO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE PASTO**

San Juan de Pasto, siete (7) de mayo de dos mil dieciocho (2018)

Pretensión: Reparación Directa
Radicación: 52-001-33-31-005-2014-00239-00
Actor: CLAUDIA PATRICIA GALLEGO Y OTROS
Accionado: HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDES DE PUERTO ASIS

F A L L O

La señora CLAUDIA PATRICIA GALLEGO QUINTERO, quien actúa por intermedio de su esposo como curador interino el señor JOSÉ DAVID MASSA LEÓN, quien a su vez actúa en nombre propio y en representación de su hija VALENTINA MASSA GALLEGO, mediante apoderado judicial, ejercen acción contenciosa a través del medio de control de Reparación Directa en contra de la HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS, DE PUERTO ASIS PUTUMAYO ESE, CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE COMUNICACIONES — CAPRECOM EPS, TERRITORIAL NARIÑO; COOPERATIVA MÉDICA DEL VALLE Y DE PROFESIONALES DE COLOMBIA - COOMEVA, SECCIONAL NARIÑO; y HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE, solicitando se hagan las siguientes declaraciones y condenas:

“PRIMERA.- Declárese que las entidades: HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ antes HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASÍS, DE PUERTO ASÍS PUTUMAYO ESE; CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE COMUNICACIONES — CAPRECOM EPS, TERRITORIAL NARIÑO, COOPERATIVA MÉDICA DEL VALLE Y DE PROFESIONALES DE COLOMBIA — COOMEVA, SECCIONAL NARIÑO, y HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE, son responsables administrativamente de todos los daños y perjuicios materiales e inmateriales, en ocasión de las lesiones sufridas por la señora CLAUDIA PATRICIA GALLEGO QUINTERO, por hechos sucedidos el 24 de diciembre de 2011, en ocasión a una intervención quirúrgica por colecistectomía abierta realizada en el HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ antes SAN FRANCISCO DE ASIS DE PUERTO ASIS PUTUMAYO, la cual se complicó y fue remitida por el mismo el 05 de enero de 2012 al HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO, las demás entidades se las relaciona por la prestación del servicio; cuando no fue atendida diligente y oportunamente por las entidades demandadas.

SEGUNDA.- En consecuencia, condenase a las entidades HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ antes HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS, DE PUERTO ASIS PUTUMAYO ESE, CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE COMUNICACIONES — CAPRECOM EPS, TERRITORIAL NARIÑO, COOPERATIVA MÉDICA DEL VALLE Y DE PROFESIONALES DE COLOMBIA — COOMEVA, SECCIONAL NARIÑO, y HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE, a pagar los siguientes valores, por intermedio de su apoderado judicial, así:

a).- Por concepto de PERJUICIOS MATERIALES:

Lucro cesante consolidado: Lo constituye los ingresos dejados de recibir por la señora CLAUDIA PATRICIA GALLEG0 QUINTERO, mismos que se calculan desde la ocurrencia de los hechos y hasta la presentación de la demanda, así:

FECHA DE LOS HECHOS		24 DE DICIEMBRE DE 2011				
FECHA PRESENTACIÓN DE LA DEMANDA		14 DE MARZO DE 2014				
MESES TRANSCURRIDOS		48.2 MESES				
SALARIO MINIMO, BASE DE LIQUIDACIÓN		\$1.500.000				
CALCULO LUCRO CESANTE DEBIDO						
Fórmula	Cte.	Cte.+1 N				
Renta	Resultado					
0.005	1.005	22	1,115972	23,19443	1500000	34791650

Lucro cesante futuro: Lo constituye los ingresos dejados de recibir por la señora CLAUDIA PATRICIA GALLEG0 QUINTERO, por el hecho de haber perdido más del 50% de su capacidad laboral, como consecuencia por la no prestación a tiempo del servicio médico por parte de las entidades demandadas; para tal efecto se tuvo en cuenta el tiempo productivo, de conformidad con la Ley 100 de 1993 y la fórmula que aplica la jurisprudencia para este tipo de perjuicios, así:

CALCULO DE LUCRO CESANTE FUTURO

Fórmula	Cte.	Cte.+1 N	Renta Resultado			
0.005	1.005	471	10,47647	180,9096	1500000	271364410

En conclusión, el monto de los perjuicios materiales por concepto de lucro cesante debido asciende a la suma de TREINTA Y CUATRO MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y UN MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y NUEVE PESOS M.C. (\$34.791.649); por concepto de lucro cesante futuro asciende a la suma de DOSCIENTOS SETENTA Y UN MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS DIEZ PESOS M.C. (\$271.364.410). En total, por concepto de perjuicios materiales en modalidad de lucro cesante, estos ascienden a la suma de TRESCIENTOS SEIS MILLONES CIENTO CINCUENTA Y SEIS MIL SESENTA PESOS M.C. (\$306.156.060).

b).- POR CONCEPTO DE PERJUICIOS DERIVADOS DEL DAÑO A LA VIDA DE RELACIÓN: Se pagará a CLAUDIA PATRICIA GALLEG0 QUINTERO, el equivalente a la suma de DOSCIENTOS (200) salarios mínimos legales mensuales.

c).- Por concepto de PERJUICIOS INMATERIALES:

Para los señores CLAUDIA PATRICIA GALLEG0 QUINTERO y JOSÉ DAVID MASSA LEÓN, en calidad de afectada y esposo de ésta, se solicita con todo respeto, el reconocimiento y pago por este concepto el equivalente a 100 salarios mínimos legales mensuales, teniendo en cuenta que el salario mínimo legal para la fecha es de \$ 616.000, entonces la suma a reconocerse es de \$ 61'600.000 para cada uno.
Para VALENTINA MASSA GALLEG0, en calidad de hija de la afectada, se solicita con todo respeto, el reconocimiento y pago por este concepto, el equivalente a 100 salarios mínimos legales mensuales; teniendo en cuenta que el salario mínimo legal para la fecha es de \$ 616.000, la suma a reconocerse es de \$ 61.600.000 de pesos para ella.

TERCERA.- La condena al pago de las cantidades líquidas de dinero se ajustará tomando como base el índice de precios al consumidor, en los términos del inciso final del artículo 187 del CPACA.

CUARTA.- Los valores a que fueren condenadas las entidades demandadas o los valores que se llegasen a conciliar, devengarán intereses a partir de la ejecutoria de la sentencia o del auto aprobatorio de la conciliación, según el caso, y con observancia de lo dispuesto en el numeral 4 del artículo 195 ibídem.

QUINTA.- Condénese en costas y agencias en derecho a las entidades demandadas, si a ello hubiere lugar, para cuya liquidación y ejecución se procederá conforme a lo establecido en el Código de Procedimiento Civil.

SEXTA.- Que la sentencia de mérito favorable a las pretensiones de la demanda, se le dé cumplimiento en los términos del artículo 192 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo."

La parte demandante basa sus pretensiones en los siguientes:

HECHOS

- 1.- La señora CLAUDIA PATRICIA GALLEGO QUINTERO acudió al servicio de urgencias del Hospital San Francisco de Asís de Puerto Asís el 24 de diciembre de 2011, con un cuadro de dolor de estómago de dos (2) días de evolución, náuseas y vómito, informando estar tratada por hipertensión.
- 2.- En la atención brindada el médico especialista en cirugía, ordenó operarla por cálculos en vesícula biliar, siendo intervenida ese día por colecistectomía abierta, recibiendo salida el 25 de diciembre a las 2:00 pm, bajo tratamiento de acetaminofén, antibiótico cada doce horas, por siete días y disponiendo control médico en ocho días.
- 3.- La señora CLAUDIA PATRICIA GALLEGO QUINTERO regresó al servicio de urgencias del Hospital San Francisco el 4 de enero a las 7:15, presentando dolor fuerte de estómago con deposiciones diarreicas, por lo cual le fueron ordenados laboratorios y TAC que indicaban aumento de bilirrubinas y leucocitos con neutrofilia, síndrome icterico secundario a colédoco litiasis residual- colangitis razón por la que el 5 de enero se dispuso su remisión a III nivel por un posible CPRE, ya que para el momento no se contaba con anestesiólogo en la institución.
- 4.- El 6 de enero ingresó al Hospital Universitario Departamental de Nariño donde le fueron ordenados exámenes completos, cuyos resultados tardaron en ser analizados, causándole infección severa de estómago lo cual le provocó una sepsia y un paro cardíaco que le afectó el 90,85% de su cerebro, pues a pesar de habersele realizado nuevo TAC, este fue analizado informalmente.
- 5.- El 11 de enero se le practicó laparoscopia exploratoria, a pesar de presentar síntomas de abdomen agudo desde su llegada con presencia de líquido libre, desde el reporte del TAC practicado en Puerto Asís, y se determinó en la segunda imagen como hallazgos bilioperitoneo aproximadamente 1500cc, tejido de granulación sobre lecho quirúrgico, sin que sea posible identificar vía biliar.
- 6.- El 15 de enero fue ordenado CPRE + SENT, se realizó interconsulta con gastroenterología el 16 de enero, programándole cirugía para el día 19 de enero; sin

embargo, desde aquel día presentaba alza térmica y el 19 de enero, antes de cumplir el procedimiento, la paciente sufrió un paro cardiorespiratorio con las consecuencias anotadas, actuación que denota negligencia en el III nivel de atención.

7.- Antes de la cirugía la demandante tenía su familia constituida por su hija y esposo, quien se dedicaba a actividades comerciales por las que devengaba \$2.800.000 mensuales, actividades que tuvieron que dejar de lado ya que quedó en estado vegetativo, por lo que el grupo familiar fue desarraigado, aunado a que su esposa, dado su estado, dejó de devengar su salario como auxiliar residente de obra, generándose además perjuicios de orden inmaterial.

ACTUACIONES PROCESALES

La demanda fue admitida mediante auto de 15 de mayo de 2014, lo cual consta a folios 459 C2 del expediente.

Las entidades demandadas, el Ministerio Público y la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado, fueron notificados electrónicamente del auto admisorio de la demanda, según consta a folios 464, a 466, 481 a 482, 492 y 493 C2 del expediente.

El HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE contestó la demanda a través de apoderado judicial, mediante escrito visible a folios 549 a 560 C2 del expediente, oponiéndose a las pretensiones de la demanda, aceptando como día de llegada de la paciente el 6 de enero de 2012, pero precisando que fue valorada por médico de turno, quien ordenó laboratorios e imágenes diagnósticas, siendo examinada el mismo día por cirugía general a las 8:55 pm y luego a las 12:02 am. Que con los exámenes diagnosticó coledocolitiasis o calculo en el colédoco, dejando pendiente el conocimiento de las imágenes diagnósticas como son hepatobiliar y perfil hepático, necesarios para definir la conducta, las que fueron valoradas el mismo día por cirujano de turno, estableciéndose líquido libre en cavidad, colédoco 3mm, ordenando descartar pancreatitis mediante un TAC de abdomen, y medicándola con antibióticos, analgésicos, antiemético y líquidos, tal como lo prescriben las guías de manejo médico en estos casos. Aceptó la fecha de hospitalización el 7 de enero cuando fue revisado el TAC por el cirujano de turno. El día 8 de enero señala que la paciente presentó una mejoría gracias al tratamiento antibiótico, e indicó que el 9 de enero toleraba vía oral, niega emesis, lo que indicaba al cirujano la innecesidad de una intervención quirúrgica; precisa que el 10 de enero se ordenó un drenaje percutáneo para liberar líquido libre en cavidad, aunque desde el 9 de enero se le había colocado sonda nasogástrica. Niega que se haya colocado nota el médico general indicando que no presenta colección en cavidad abdominal. Acepta que el 11 de enero el especialista en cirugía Dr. Casabon al observar aumento de diámetro abdominal pese a la sonda nasogástrica y al drenaje percutáneo, se decidió realizar laparotomía exploratorio, registrando drenaje de peritonitis + lavado peritoneal, encontrando vilioperitoneo de 1500 cc, tejido de degranulación sobre lecho quirúrgico previo, imposibilidad de identificar vía biliar, concluyendo que presentaba fistula biliar por dehiscencia de muñón cístico y peritonitis secundaria, la que se realizó tres horas después de ordenada, acepta que el doce de enero el Dr. Casabón evaluó a la paciente, sin que presentará dificultad

respiratoria, determinó manejo del SIRIS y ordenó retiro de sonda nasogástrica, implantación de catéter central y profilaxis enaxoparina, para comodidad de la paciente tal como establecen los protocolos médicos para el manejo de la patología. Indicó que para el 13 de enero la paciente presentó mejoría clínica sin SIRIS, sin ictericia, drenando biliar por tubo, se le brindó nutrición parenteral; sin embargo, ese día a las 17 horas presentó tensiones elevadas, por lo que se le ordenó aumento de medicamento antihipertensivo, precisando que para el 14 de enero la evolución a la laparotomía fue satisfactoria. Aceptó que para el 15 de enero se ordenó una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica Masstent biliar con el fin de disminuir el fragmento ilegible de fistula y que el 16 de enero el Dr. Casabon ordenó suspender vía oral, aumentar hidratación y realizar cultivo porque la paciente presentaba fiebre a pesar del antibiótico, a fin de determinar el microorganismo que lo causaba. Señalo que para el 17 de enero la paciente continuaba con fiebre por lo que se ordenó un TAC abdominal para descartar colecciones intraabdominales. Manifiestó que el 18 de enero de 2012 la paciente no presentaba dificultad respiratoria y se le programó colocación de stent para el 19 de enero. Finalmente indica que el paro cardio respiratorio ocurrido el 19 de enero a las 2:06 fue atendido oportunamente en la UCI después de haberle realizado reanimación asistida en hospitalización, donde se le realizaron las maniobras cardiocerebropulmonares por aproximadamente 10 minutos, sitio donde presentó un segundo paro, fue reanimada nuevamente durante 7 minutos, procedimiento que le permite negar que haya causado una infección severa ya que la paciente venía con un cuadro de varios días de evolución de una colecistectomía que se complicó en el pos operatorio, afirmando que los paros que sufrió no se pueden atribuir a su patología quirúrgica en tanto la historia clínica indicaba que se encontraba hemodinamicamente estable, sin presencia de abdomen agudo que requiriera cirugía de urgencias, precisando que son múltiples las causas del paro, el que puede presentarse a cualquier persona y en cualquier edad. Propuso como excepciones INEXISTENCIA DE FALLA EN LA PRESTACION DEL SERVICIO, INEXISTENCIA DE NEXO CAUSAL y llamo en garantía a la COMPAÑÍA DE SEGUROS LA PREVISORA S.A.

CAPRECOM contestó la demanda (Fls.718 a 729) aceptó los hechos relacionados con la atención médica brindada a la demandante en las entidades hospitalarias demandadas, según consta en las historias clínicas aportadas, y en relación con las imputaciones manifiestó que son apreciaciones del demandante, pues no existe responsabilidad atribuible a la entidad que permita derivar una falla, negligencia o descuido en este caso específico, por falta de previsión por parte de la entidad hospitalaria a través de sus médicos y enfermeras, puesto que se tomaron todas las medidas de seguridad durante la hospitalización de la paciente. Por el contrario, señaló que la entidad en todo momento garantizó la prestación del servicio, nunca se negó a la paciente la atención básica especializada a través de profesionales idóneos y el mismo se prestó con acceso, oportunidad, seguridad y pertinencia, remitiendo a nivel III en el momento oportuno. Propuso las excepciones de AUSENCIA DE RESPONSABILIDAD POR PARTE DE CAPRECOM, AUSENCIA DE FALLA EN EL SERVICIO Y NEXO CAUSAL, ACTUACION DE LA ADMINISTRACION.

COOMEVA EPS. SA contestó la demanda (Fl. 753 a 783) manifestó no constarle los hechos relacionados con el tratamiento suministrado a la demandante, precisando que la colecistectomía practicada corresponde a una cirugía mayor con múltiples complicaciones, y que la imputación corresponde a apreciaciones del

demandante que deben probarse. Sobre la sintomatología que presentaba la paciente el 6 de enero de 2012, aduce que la demandante incurre en una imprecisión, pues el hallazgo de signos clínicos en medicina no se produce por un solo evento, como se pretende mostrar. El dolor de la zona del abdomen superior, a los movimientos respiratorios se conoce como signo de Murphy y no significa un examen inadecuado pues un dolor puede producirse por apendicitis, tumor de colon o torsión de un ovario etc., mostrando los mismos signos clínicos. Insiste en que no se presentó demora en el análisis del tac, pues el área de cirugía ya lo había revisado, por lo cual esta afirmación es contraria a la realidad; señala que tampoco se produjo pérdida alguna de oportunidad, pues las notas clínicas indicaban una evolución satisfactoria para los días 13 y 14 de enero. En relación con el paro cardiorespiratorio, resultaba imprevisible para el grupo médico, debido a que la señora Gallego no presentaba ningún tipo de cuadro de alto riesgo para esta situación, por lo cual fue súbito, sin relación alguna con su patología de base ni mucho menos atribuible a falla médica. Reitera que nunca hubo una sepsis de origen abdominal como antecedente y/o desencadenante del paro cardiorespiratorio y que en relación con la CPRE era un procedimiento programado y no un evento de emergencia. En cuanto a la responsabilidad de la entidad establece que su obligación es únicamente contractual al autorizar todos los estudios y manejos que la afiliada requirió durante su enfermedad. Propuso como excepciones las de AUSENCIA DE CAUSALIDAD ENTRE EL HECHO DAÑOSO Y EL DAÑO, LA ACTUACION DE COOMEVA EPS SA NO ES LA CAUSA EFICIENTE DEL DAÑO RECLAMADO, COOMEVA CUMPLIO CON SU DEBER DE GARANTIZAR Y AUTORIZAR LOS TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS REQUERIDOS POR LA PACIENTE Y LO CONTINÚA HACIENDO, FALTA DE LEGITIMACION EN LA CAUSA POR PASIVA, PACTO CONTRACTUAL ENTRE COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.S. Y EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO EN EL QUE EXPRESAMENTE SE EXONERA DE RESPONSABILIDAD A LA ENTIDAD, además, llamo en garantía a LIBERTY SEGUROS SA.

El despacho resolvió las solicitudes de llamamiento en garantía efectuado por las entidades demandadas, en auto del 11 de noviembre de 2015 (folio 841 C2), aceptando llamar a las entidades LIBERTY SEGUROS SA Y LA PREVISORA S.A, las cuales fueron notificadas al correo electrónico suministrado el 1 de diciembre de 2015 (folio 854 a 855 C2).

LA PREVISORA S.A. Compañía de Seguros contestó la demanda el 12 de enero de 2016 (folios 858 a 862 C2) oponiéndose a la totalidad de las pretensiones y manifestando no constarle las circunstancias de tiempo, modo y lugar en que sufrió la lesión la demandante. Propuso como excepciones las de INEXISTENCIA DE LA OBLIGACION A INDEMNIZAR- AUSENCIA DE FALLA O FALTA EN LA PRESTACION DEL SERVICIO POR PARTE DEL HOSPITAL, AUSENCIA DE NEXO CAUSAL POR CASO FORTUITO, FALTA DE DETERMINACION DEL CERTIFICADO DE LA POLIZA DE SEGURO POR MEDIO DE LA CUAL SE VINCULO A LA ASEGURADORA, LIMITE DE AMPAROS, COBERTURAS Y DEDUCIBLES, SUBLIMITE DE PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES, DISPONIBILIDAD DE VALOR ASEGURADO.

LIBERTY SEGUROS S.A. contestó la demanda el 5 de febrero de 2016 (folio 884 a 886 C2) oponiéndose a las pretensiones de la demanda y acogiendo a la

posición asumida por COOMEVA EPS, por lo tanto formuló las siguientes excepciones: INEXISTENCIA DEL SINIESTRO, INEXISTENCIA DE COBERTURA RESPECTO A PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES, LIMITE DE VALOR ASEGURADO Y APLICACIÓN DEL DEDUCIBLE, LIMITE DE RESPONSABILIDAD AL VALOR ASEGURADO.

En estados electrónicos del 19 de febrero de 2016, se corrió traslado a las partes de las excepciones previas, sin que efectuaran pronunciamiento alguno. (Folio 887 C2).

Mediante auto de 25 de abril de 2016, que obra en folio 894, se fijó fecha de audiencia inicial, para el 3 de mayo de 2017, fecha en la que se celebró la misma, la cual consta en medio magnético y acta visibles entre folios 896 a 901 del expediente. En la diligencia se declaró probada la excepción previa de falta de legitimación en la causa por pasiva interpuesta por El Hospital José María Hernández de Mocoa y se decretaron las pruebas solicitadas por las partes, fijando fecha para audiencia de pruebas para el día 22 de junio de 2016.

La parte demandante presentó solicitud de amparo de pobreza en escrito radicado el 3 de mayo de 2016 (folio 895 C2).

La audiencia de pruebas se celebró el 22 de junio de 2016 conforme consta en cd y acta a folios 920 a 924 C2), diligencia que fue suspendida.

El despacho denegó la solicitud de amparo de pobreza formulada por el señor José David Macías León, en auto del 22 de junio de 2016 (folio 923 C2)

El demandante presentó nuevamente solicitud de amparo de pobreza el 16 de enero de 2017 (Folio 938), la cual fue denegada mediante auto del 27 de enero de 2017 (folio 940 a 941 C2) y confirmada en el auto que resolvió la reposición del 23 de febrero de 2017 (folios 966 a 967).

El despacho fijo fecha para continuar con la audiencia de pruebas, mediante auto del 11 de diciembre de 2017 (folio 1007 C2), diligencia que se llevó a cabo el 15 de enero de 2018 como consta en cd y acta a folios 1009 a 1011 C2 del expediente, diligencia en la que se dispuso correr traslado común a las partes por el termino de 10 días para que presenten alegatos de conclusión y el concepto respectivamente.

La apoderada de la parte demandante en término legal presentó escrito de alegatos (folios 1025 a 1032) en el que concluyó que la atención brindada en el tercer nivel de atención fue negligente por cuanto incurrió en voluntaria omisión de diligencia, en calcular las consecuencias posibles del propio hecho, por cuanto desde la remisión se conocía que la paciente tenía liquido libre en la cavidad abdominal, así quedo consagrado en la historia clínica, además mostraba signo de Murphy positivo (dolor respiratorio abdominal). Señala que las entidades demandadas no desplegaron el sistema de alerta temprana, pues se sometió a la paciente a procedimientos innecesarios como el drenaje percutáneo sin tener un diagnostico científico preciso, por lo tanto acusa que la cirugía generó una sepsis de origen abdominal y luego un paro cardiorrespiratorio lo cual mantiene a la paciente en estado de coma vegetativo; de esta forma, por todo lo anterior insiste

en que es clara la negligencia institucional por lo cual se deben acceder a las pretensiones.

La apoderada del Hospital Departamental de Nariño ESE presentó el 29 de enero de 2018, alegatos de conclusión a folios (1033 a 1055), manifestando que de la prueba documental y testimonial recaudada es claro que la atención brindada por la entidad fue adecuada, que lo que se evidencia es una complicación a un procedimiento realizado en otra institución. Señaló que inicialmente no se ordenó cirugía, porque la paciente cuando ingresó a la institución, presentaba una estabilidad hemodinámica, sin irritación peritoneal, lo que justificaba la no intervención inmediata, pues su condición estable ameritaba la valoración por especialidad quirúrgica. Aunado a que no hay relación del paro respiratorio con la presencia de la fistula biliar (complicación de la cirugía), ya que la historia clínica no evidenció complicación alguna posterior a ese tratamiento. Por lo cual, no hay manera de establecer con un alto grado de probabilidad cual fue la causa eficiente del daño que se reclama, el cual se presume obedeció a causas inherentes a la paciente, por lo tanto, no se logra establecer el nexo causal entre la actuación del personal médico del HUDN, en tanto que todos los procedimientos fueron acertados y no hay evidencia de haber incurrido en algún error, pues hasta la fecha la paciente continúa siendo atendida de manera satisfactoria. Recuerda que la actividad medica es limitada por diferentes factores sin que se le pueda imponer el deber de acertar en el diagnóstico, más aun, suponer la existencia de patologías que aún no se han manifestado, pues la medicina sigue siendo una actividad de medios, por lo cual solicito la absolución de las pretensiones de la demanda en el entendido que no existe prueba científica que declare responsable a la entidad.

COOMEVA S.A presentó alegatos el 29 de enero de 2018 (folios 1039 a 1055), señala que para la prosperidad de las pretensiones de la demanda, es necesario demostrar fehacientemente por un lado que los médicos incurrieron en una falla y que el manejo dado a la paciente fue inadecuado, lo cual no se cumple pues no se demostró falla en el actuar médico, ni en el tratamiento que le haya restado oportunidad de mejoría a la paciente; por el contrario, indica que el asunto adolece de insuficiencia probatoria que permita establecer que el súbito paro cardiorrespiratorio sufrido finalmente le produjo el estado de coma en el que se encuentra, por lo tanto no se dio ningún tipo de manejo omisivo o negligente que pueda relacionarse como objeto dañoso o que haya provocado el paro cardiorrespiratorio y que pueda mostrarse como nexo causal del mismo. En tanto que la obligación contractual se encuentra cumplida solicita despachar favorablemente las excepciones propuestas.

LIBERTY SEGUROS formuló alegatos mediante escrito del 29 de enero de 2018 (folio 1056 a 1057 C2) advirtiendo que del texto de las pólizas es claro que la responsabilidad opera únicamente por la responsabilidad civil profesional que pueda desarrollarse en la EPS COOMEVA, mas no por responsabilidad de médicos o de la IPS, teniendo en cuenta en una eventual condena que la póliza ampara únicamente perjuicios de orden patrimonial, por lo cual se debe reconocer la ausencia de cobertura para los hechos que eventualmente estructuren la responsabilidad.

CONSIDERACIONES:

Sin que se advierta causal de nulidad que invalide lo actuado, se procede a decidir el fondo del asunto:

Hechos Probados:

1. Los demandantes acreditaron estar legitimados en la causa por activa, por cuanto aportaron las pruebas idóneas del parentesco; así:

- El señor JOSE DAVID MASSA LEON es el esposo de la señora CLAUDIA PATRICIA GALLEGO QUINTERO lo cual se acreditó con copia autentica del Registro civil de matrimonio, que obra a folio 29 C 1 del expediente.
- VALENTINA MASSA GALLEGO es la hija de CLAUDIA PATRICIA GALLEGO QUINTERO y JOSE DAVID MASSA LEON. Ello se acreditó con la copia del autentica del Registro civil de nacimiento a folio 28 C1.

2. El señor JOSE DAVID MASSA LEON es el curador provisorio de la señora CLAUDIA PATRICIA GALLEGO QUINTERO de conformidad con lo dispuesto por el Juzgado Tercero de Familia de Pasto, el 13 de julio de 2013. Ello se acreditó con la anotación que reposa en el reverso del registro civil de nacimiento a folio 21 C 1 y con la copia del acta de posesión a folio 437 c1.

3. La señora CLAUDIA PATRICIA GALLEGO QUINTERO pertenece al régimen contributivo y se encuentra afiliada a COOMEVA EPS, desde el 26 de marzo de 2011. Ello se acreditó con copia del carne de afiliación que obra a folio 27 del expediente, con copia del certificado de semanas cotizadas a folio 797 C 2.

4. COOMEVA EPS contrató la prestación de servicios de salud por evento, régimen contributivo con el Hospital San Francisco de Asis ESE y con el Hospital Departamental de Nariño para el año 2007- 2008 y 2012 2013-. Ello se acreditó con copia de los contratos Nos. 86-568-53-2-007 y 52-001-80-2012, visibles a folios 798 a 803 y 808 a 815 C 2 del expediente, respectivamente.

5. COOMEVA EPS ha autorizado los exámenes de laboratorio y procedimientos medicoquirúrgicos requeridos para tratar la enfermedad de la señora CLAUDIA PATRICIA GALLEGO QUINTERO. Ello se acreditó con copia auténtica de las autorizaciones, visibles a folios 816 a 839 del expediente.

6. El HUDN ESE renovó por un año la póliza de responsabilidad civil con la aseguradora LA Previsora S.A. compañía de seguros, el 14 de febrero de 2014, en la cual se registró como amparo los errores u omisiones profesionales, fijando como límite por evento o personal la suma de \$100.000.000. Ello se acreditó con la copia de la póliza que obra a folio 863 a 868 del C 2 del expediente.

7. El señor JOSE DAVID MASSA LEON devengó como utilidad neta para el año 2010, la suma de \$9.800.000 y para el año 2011 la suma de \$11.580.000 de conformidad con el estado de resultados firmado por la contadora Elizabeth Castillo. Ello se acreditó con la copia del estado de resultados a folio 31 a 34 C 1 y con la copia de la tarjeta profesional de la contadora a folio 32 C 2.

8. La señora CLAUDIA PATRICIA GALLEGO QUINTERO se desempeñaba como Auxiliar residente de obra en la Unión temporal del Sur Publicidad Exterior, devengando un salario básico de \$1.500.000 desde el 1 de mayo de 2011. Ello se acreditó con la certificación laboral a folio 30 C 1 del expediente.

9. La señora CLAUDIA PATRICIA GALLEGO QUINTERO acudió al Hospital San Francisco de Asís de Puerto Asís (P), a consulta de urgencias, el 24 de diciembre de 2011 a las 17:40 P.M., refiriendo dolor abdominal con 30 horas de evolución, intenso y continuo, irradiado a la espalda y acompañado de náuseas. Al examen físico se registró buen estado general, afebril, hidratada, con tensión arterial de 150/90 F/C 70 F/R 22x Temperatura de 36.3, razón, por la que se le tomaron exámenes paraclínicos de adrenalina, amilosa, bilirrubina séricos entre otros. Ello se acreditó con la Historia Clínica visible a folio 37 a 40 C 1.

10. Entre la orden médicas dadas a la paciente se encuentra que a las 20 horas le fueron suministrados los siguientes medicamentos: ciprofloxacina 400mg cada 12 h empezando a las 6 am y losartan 100 mg c/12 h; además, se dispuso prepararla para ingresarla a cirugía. Ello se acreditó con la copia de la orden medica formada por el medico William Ayora. Ello se acreditó con copia de formato de evolución médica, visible a folio 43 C1.

11. La señora CLAUDIA PATRICIA GALLEGO QUINTERO el mismo día fue diagnosticada de Colecistitis aguda y sometida a cirugía de colecistectomía, la cual se realizó sin complicaciones, por parte del Doctor William Ayora, Cirujano general. Lo anterior se acreditó con copia de Descripción Quirúrgica visible a folio 44 y 48 C 1 del expediente así:

"El 24/12/2011 a las 21:10h la paciente ingresó a la sala de vestir Cx caminando por sus propios medios, paciente con Dx Colecistitis aguda + colelitiiasis... a las 21:15H inicia Cx Dr William.. Dr William realiza incisión con bisturí, luego con electrobisturi por planos hasta localizar vesícula, pinza vesícula, separa por planos, amarra y extrae vesícula sin complicaciones, se recoge vesícula en frasco plástico para patología, luego Dr. William lava cavidad con SSN, seca y cierra cavidad por planos hasta llegar a piel y deja HQx cubierta con apósitos + esparadrapo, a las 22:30 h termina procedimiento Qx Dr. William sin complicaciones... firma Miguel" Ello se acreditó con copia de notas de enfermería del Hospital San Francisco de Asís de Tumaco visible a folio 49 del expediente."

(...)

"Hallazgo adherencias de epiplón a vesícula. Vesícula tensa inflamada de contenido hidrópico, paredes gruesas de 6mm, con dos cálculos en su interior. Uno enclavado en el conducto cístico, el otro de 3mm de diámetro, colédoco de 5 mm

DIAGNOSTICO POST-OPERATORIO: Colecistitis aguda por cálculo enclavado en el cístico. Vesícula hidrópica.

PATOLOGIA: vesícula biliar "

12. El Hospital San Francisco de Asís ordenó la salida de la paciente, por su evolución satisfactoria, el 25 de diciembre, y le fueron prescritos los siguientes medicamentos: ampicilina 500 mg c/12h por siete días, acetaminofén c/8h por 15 días; además se dispuso control con cirugía externa en ocho días y el retiro de los puntos a los diez días. Lo anterior se acreditó con copia de EPICRISIS del Hospital San Francisco de Asís de Puerto Asís visible folio 53 C1 y 63 a 64 C1.

13. La señora CLAUDIA PATRICIA GALLEGO QUINTERO ingresó nuevamente al servicio de urgencias del Hospital San Francisco de Asís, el 4 de enero de 2012 a las 7:30 pm, manifestando dolor en el estómago tipo cólico, asociado a deposiciones diarreicas, con 24 horas de evolución, motivo por el cual le tomaron los siguientes exámenes de laboratorio: Fosfatasa alcalina 472 u/l amilasa 16 u/l y un tac simple de abdomen, que no arrojó alteraciones. Ello se acreditó con las notas de Laboratorio visibles a folios 56 a 57 C1 y con copia de la remisión médica a folio 60 C1 y con las notas de enfermería a folio 55 c1 en las que se registró lo siguiente:

*"4/01/2012 hora 10 am: CX General. Paciente femenina de 37 años de edad, con cuadro de +/- 24 horas de evolución, caracterizado por dolor abdominal y por deposiciones diarreicas por lo cual consulta. Antecedentes: patológicos (+) HTA. Qx: (+) Cesárea, colecistectomía hace 11 días. Examen físico: Fc: 80 por min. FR: 20 por min. Abdomen: distendido, panículo adiposo, blando depresible, no doloroso; herida suturada, no signos de infección local, perístasis (+) flatos (+) reporte de paraclínicos con hiperbilerrubinemia a expensas de la directa, transaminasas elevadas, leucocitosis con neutrofilia fosfatasa alcalina: 472 valores de ref. Menor a 115. Amilasas normales. DIAGNOSTICOS: 1. Síndrome icterico 2a
2 Coledocolitiasis residual
3. Colangitis.*

NOTAS DE ENFERMERIA

4/01/2012 7:15 ingresa pte al servicio de urgencias refiriendo dolor de estómago pte valorado por doctor de turno quien ordena observación...

4/01/2012 10:30 pte valorada por la cirujana quien ordena laboratorios y traslado a observación

4/01/2012 11:20 se pasa paciente al servicio de observación con lev permeables tto iniciado pendiente tac ..

4/01/2012 11:35 ingresa paciente del servicio de urgencias al servicio de observación alerta, consiente, orientada con dx síndrome icterico 2+ coledocolitiasis + con líquidos indovenosos ... con signos vitales estables

4/01/2012 12:30 entrego paciente en su respectiva unidad durante la mañana pasa estable viene con tratamiento cumplido del servicio de urgencias, queda con signos vitales dentro de los parámetros establecidos...

4/01/2012 13:00 recibo paciente en servicio de observación calmada a febril, sin complicación es respectiva camilla con dx síndrome icterico 2do + coledocolitiasis lev a 100ch signos vitales estables... toma tac

4/01/2012 18:45 queda paciente en servicios de observación pasa la tarde estable sin complicaciones se le administra tto, queda con lev a 100 c/h signos vitales estables p csv- ac cuidados generales.

4/01/2012 19:00 recibo paciente en servicio de observación consiente, alerta, calmada en compañía de familiar con DX: síndrome icterico, se observa con lev permeables de SSN 0.9% pasando a 100 cc con signos vitales estables en buenas condiciones generales. P. Continuar tratamiento cuidados generales P. Realizar tomar tac S.S.V informar cambios.

05/01/2012 6:40 entrego paciente en servicio de observación conciente, alerta, calmada, paciente que durante la noche se le administra tratamiento ordenado lo tolera sin complicación. Pte duerme intervalos cortos pasa muy álgida queda con lev permeables de SSN 0.9% a 100 c/h con signos vitales estables P. reportes de laboratorio, cuidados generales,... informar cambios.

5/01/2012 7 am recibo paciente en servicio de observación urg se observa calmada afebril SSN 0.9% y 100C/h signos vitales estables P reporte lab csu-ac reporte tc.

5/01/2012 9 am suspende TAC es valorado por la cirujana quien ordena iniciar antibiótico lev intercalada ssn 07% y DAD 5% se cumple orden medica

Pte que en la mañana pasa calada sin complicaciones se le administra tto ordenado ... en parámetros normales afebril ... queda en unidad de observación pte mayor de edad 37 años sexto femenino, consiente alerta y orientada con Dx dolor abdominal 2 pop de 8 días de colec.. con hx que en abdomen en buen proceso de cicatrización con lev permeable pasando DAD 5% a 125 cc/ hora csr en parámetros normales afebril y registrados en hoja de CV P. CAR ac remisión. Janeth C.

05/01/2012 13:00 recibo paciente en unidad de observación urgencias consiente orientada afebril con DX Síndrome icterico secundario + coledolitiasis con lev pasando SSn 0.9% 1.500 cc + DAD 5% 1.500cc intercaladas a 125 cc/hora con signos vitales estables P. NVO remisión.. y ordenar cambios Marcia. Paciente que sale de remisión hacia la ciudad de pasto, consiente, alerta, orientada, en sus tres esferas mentales en compañía de familiares y auxiliar de enfermería se pasa historia clínica completa a legalizar."

También, en el Hospital San Francisco de Puerto Asís se le practicaron exámenes a la paciente, entre ellos una tomografía computarizada que evidenció abundante cantidad de líquido libre en la cavidad abdominal. Ello se acreditó con la copia del resultado del TAC visible a folio 70 C1 en la cual se establecieron los siguientes resultados:

*"...Ausencia de la vesícula biliar por antecedentes de colecistectomía
... **abundante cantidad de líquido libre en cavidad abdominal**
Se recomienda tac de abdomen contrastado"*

14. El Hospital San Francisco de Asís no contaba con anestesiólogo, motivo por el cual dispuso la remisión de la paciente a una institución de tercer nivel, en el evento en el que necesitara de una intervención quirúrgica; así se justificó en la hoja de remisión médica su traslado. Ello se acreditó con copia de oficio de remisión de pacientes del Hospital San Francisco de Asís, firmado por la doctora Johana Ibarra Palacio visible a folio 67 c1.

15. La señora CLAUDIA PATRICIA GALLEGO QUINTERO ingresó al Hospital Universitario Departamental de Nariño el 6 de enero de 2012, a la 1:14 am; encontrándose: *consiente, orientada, abdomen blando depresible, dolor tipo cólico de gran intensidad localizado en hipocondrio derecho asociado a emesis, deposiciones diarreicas, malestar general.* A la valoración inicial se registró una impresión diagnostica de Coledocolitiasis residual, motivo por el cual fue hospitalizada, solicitando valoración por cirugía general y toma de laboratorios (cuadro clínico, glicemia, electrolitos, bilirrubinas, transaminasas, fosfatasa alcalin). Como dato relevante en la historia clínica se registró "*antecedentes de hipertensión arterial manejada con losartan cada 12 horas*".

Lo anterior se acreditó con copia de Triage, INURG – Ingreso de Urgencias visible a folio 72, cuaderno 3 y con la copia de plan individual de tratamiento de tratamiento dentro de historia clínica de ingreso - hospitalización, visible en la

parte posterior del folio 77 de expediente, C1, y con la transcripción de la historia clínica visible a folio 598 C2, en la que se describieron los datos de ingreso de la paciente así:

"FECHA: 06/01/2012 HORA: 8: 55

MC: PACIENTE REMITIDA DE PUERTO ASÍS

ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE CON CUADRO DE 3 DÍAS DE EVOLUCIÓN QUIEN INGRESA A URGENCIAS, CON CUADRO CLÍNICO DE DOLOR ABDOMINAL TIPO CÓLICO INTENSO EN HIPOCONDRIO DERECHO QUE SE GENERALIZA, A TODO EL ABDOMEN, ASOCIADO A EMESIS POSTPRANDIAL EN 2 OCASIONES, DEPOSICIONES DIARREICAS EN 3 EPISODIOS Y MALESTAR GENERAL

ANTECEDENTES: COLECISTECTOMÍA ABIERTA HACE 7 DÍAS, HIPERTENSIÓN ARTERIAL TRATADA.

TA: 110/ 80 FC: 80 MINFR: 18XMIN T: 36.2

PACIENTE NORMOCEFALA, AFEBRIL, CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, NO SOPLOS, PULMONES BIEN VENTILADOS, ABDOMEN BLANDO CON GRAN PANÍCULOADIPOSO, MURPHY POSITIVO, EXTREMIDADES NO EDEMA, NO DÉFICIT NO DEFORMIDADES, SISTEMANERVIOSO CENTRAL: PACIENTE CONSIENTE, ORIENTADA, ALERTA, GLASGOW: 15/15 SIN DÉFICIT SENSITIVO.

PENDIENTE: LABORATORIOS Y ECOGRAFÍA HEPATOBILIAR.

DIAGNÓSTICOS:

- ✓ COLEDOCOLITIASIS RECIDIVANTE
- ✓ COLECISTITIS???"

16. La paciente fue valorada por cirugía general el mismo día, a las 8:55 am, diagnosticándole *coledocolitiasis pendiente, coletitiasis residual* y ordenando *eco hepatobiliar, perfil hepático, para definir conducta*. Lo anterior se acreditó con copia de formato de evolución y tratamiento del HUDN, firmado por el doctor Álvaro Germán Villacis Coral visible a folios 74 C 1 y repetido a folio 23 C3 y con la transcripción de la HC visible a folio 598 C2, en la que se anotó lo siguiente:

8HH M: VALORACIÓN POR CIRUGÍA GENERAL: DR. ALVARO GERMÁN VILLACIS CORAL.

CIRUGÍA: COLEDOCOLITIASIS POR ECO HEPATOBILIAR, PENDIENTE TAC DE ABÓMEN.

17. La ecografía que se le practicó, fue revisada por el médico cirujano a las 12:02 p.m, confirmando el diagnostico conocido desde su remisión, que indicaba que la paciente reportaba líquido libre en cavidad colédoco de 3mm y tinte subicterico; entonces, para descartar una pancreatitis aguda, fue sugerido un TAC de abdomen. Ello se acreditó con historia clínica visible a folios 72 a 75 C 1 del expediente, entre las que se encuentra el resultado de la ecografía que dice lo siguiente:

"Hay presencia de líquido libre intraperitoneal que supera los 2000 cc
 Hígado graso sin lesiones focales
 Vía biliar no dilatada
 Colédoco 3mm
 No se visualiza el páncreas por interposición de gas
 Bazo y riñones de aspecto normal
 Hay distensión gaseosa de asas intestinales en relación con un ileo de tipo inespecífico
 Recomiendo realizar tac abdominal para definir diagnóstico.

También con la transcripción de la HC visible a folio 598 C2:

12HH: CIRUGÍA: ECOGRAFÍA REPORTA LÍQUIDO LIBRE EN CAVIDAD PERITONEAL. COLÉDOCO 3 MM. FRENTE A LOS EPISODIOS DE VÓMITO, DESCARTAR PANCREATITIS. SE SUGIERE TAC DE ABDOMEN.

18. La señora CLAUDIA PATRICIA GALLEGO QUINTERO para el 7 de enero, se encontraba con signos vitales estables, afebril, tolerando vía oral. En el reporte de paraclínicos se registró: "creatinina 1.64, Calcio 9.1, amilasas, 60.0, ecografía abdominal liquido intra peritoneal más de 2000 cc tac abdomen pendiente reporte". Ello se acreditó con copia historia clínica visible a folio 76 C 1 y folio 25 C 3 del expediente y con la transcripción de la HC visible a folio 598 respaldo C2:

FECHA: 07/01/2012 HORA: 08: 00

VALORACIÓN CIRUGÍA GENERAL: DR. EMILIO MORENO.
 PACIENTE FEMENINA DE 37 AÑOS DE EDAD EN SU 2 DÍA DE HOSPITALIZACIÓN
 CON DIAGNÓSTICOS DE:
 1. PANCREATITIS A DESCARTAR.

SUBJETIVO: PACIENTE QUIEN REFIERE DISTENSIÓN ABDOMINAL Y DOLOR.
 TA: 120/70 FC: 70 XMIN FR: 18 XMIN

PACIENTE EN CONDICIÓN ESTABLE, AFEBRIL, HIDRATADA, CARDIOPULMONAR
 RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, NOS SOPLOS, PULMONES VENTILADOS,
 ABDOMEN DISTENDIDO, PRESENCIA DE DOLOR EN EPIGASTRIO, DOLOROSO
 A LA PALPACIÓN, EXTREMIDADES EDEMA GRADO II EN MIEMBROS
 INFERIORES, SISTEMA NERVIOSO CENTRAL ALERTA, SIN DÉFICIT.

PENDIENTE: TAC ABDOMINAL.
 PARACLÍNICOS: CREATININA: 1.7, AMILASAS: 60 ULT.

El mismo día a las 18:30 ingresó a hospitalización del HUDN, y se le practicó el
 tac abdominal que arrojó como resultados: 1. ASCITIS 2. DISCRETA
 DISTENSION DE ASAS INTESTINALES DELGADAS. Ello se acreditó con copia
 del formato de evolución y tratamiento visible a folio 78, con imagen de lectura
 de imagenología-ecografía visible a folio 79 C 1 y con la transcripción de la HC
 visible a folio 598 respaldo C2:

FECHA: 07/01/2012 HORA: 19: 26

VALORACIÓN CIRUGÍA GENERAL: DR. GERMÁN VILLACIS CORAL - PACIENTE A QUIEN SE REALIZA TOMOGRAFÍA ABDOMINAL EN DONDE SE EVIDENCIA LÍQUIDO LIBRE EN CAVIDAD, PÁNCREAS NORMAL, HÍGADO CON IMAGEN HIPO DENSA, NO ABDOMEN AGUDO.

PLAN: DIETA LÍQUIDA COMPLETA, SOLICITAR REPORTE OFICIAL DE IMAGENOLOGÍA. SE SOLICITA HEMOGRAMA URGENTE Y PCR. SE INICIA METRONIDAZOL 500 MG INTRAVENOSO CADA 8 HORAS.

19. La paciente fue valorada el día 8 de enero a las 11:14 encontrándose estable clínicamente sin presentar picos febriles, refería un dolor lumbar secundario a traslado en ambulancia, sus signos vitales se registraron temperatura 36.2 FC 72 Fr 16 T/A 120/70 y un diagnostico presuntivo de pancreatitis aguda. Sin embargo, el mismo día a las 20:55 refirió intenso dolor lumbar no irradiado, siendo aplicado diclofenaco con adecuada respuesta, negó dolor abdominal, presentaba tolerancia oral adecuada, no presentaba emesis, ni fiebre, ni síntomas urinarios, flatos, más deposiciones normales; no obstante, se le ordenaron los siguientes exámenes:

"CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA
VELOCIDAD DE SEDIMENTACION GLOBULAR VSG
PROTEINA C REACTIVA POR PRUEBA CUANTITATIVA DE ALTA PRESICION
AMILASA
CREATININA SUERO ORINA Y OTROS"

Ello se acreditó con copia de formato de Evolución de Hospitalización visible a folios 80 y 81 C 1 y 28 y 29 C2.

20. La señora CLAUDIA PATRICIA GALLEGO QUINTERO para el día 09 de enero de 2012, insistía en dolor lumbar secundario al ser trasladada en ambulancia, continuaba con vía oral adecuada, negaba emesis y picos febriles. Presentaba abdomen blando con intenso dolor abdominal, con herida quirúrgica limpia sin signos de infección, ni sangrado reciente, no secreciones, no signos de irritación peritoneal. Ello se acreditó con copia de formato – Evolución Hospitalización visible a folio 82 C1.

"TEMPERATURA 36.2 FC 88 FR 20 T/A 120/70
ANÁLISIS: PACIENTE CON DISTENCION ABDOMINAL POST CIRUGIA
PLAN DE TRATAMIENTO: TRAMADOL 50 MG IV/ C/6H LENTO Y DILUIDO
DICLOFENACO 75 MG IM CADA 12 H
RESTO DE ORDENES MEDICAS IGUAL
SS CUADRO HEMATICO, BUN, CREATININA, CALCIO SERICO, ELECTRONITOS,
LDH
DIAGNOSTICO: PANDREATITIS AGUDA"

También con la transcripción de la HC visible a folio 598 respaldo C2:

FECHA: 09/01/2012 HORA: 20: 55
EVOLUCIONES CUARTO PISO HOSPITALIZACIÓN:
CIRUGÍA GENERAL. DR. CESAR BURBANO: DEJA NOTA EN HISTORIA
CLÍNICA LA CUAL ES ILEGIBLE.

21. La paciente fue valorada por cirugía el 10 de enero de 2012, quien luego de 17 días de POP colecistectomía, la encontró con distensión ascitis y SRS, TAC abdominal con colección subfrénica, ordenando drenaje percutáneo guiado por TAC. Lo anterior se acreditó con copia de la Evaluación Hospitalización, visible a folio 83 reverso C 1 y 27 C 3 del expediente y con la transcripción de la HC visible a folio 598 respaldo C2:

FECHA: 10/01/12

CIRUGÍA GENERAL: DR. FERNANDO CASABON.

PACIENTE EN SU POSTOPERATORIO DÍA 17 DE COLECISTECTOMÍA, EVOLUCIÓN CON DISTENCIÓN ABDOMINAL Y SIRS SE OBSERVA EN TOMOGRAFÍA DE ABDOMEN COLECCIONES SUBFRENICAS, SE SOLICITA DRENAJE PERCUTÁNEO GUIADO POR TAC.

NOTA HOSPITALARIO DE TURNO: DR. LUIS CARLOS DUARTE:

PACIENTE REFIERE DOLOR ABDOMINAL INTENSO. AL EXAMEN FÍSICO SE ENCUENTRA DOLOR A LA PALPACIÓN Y ABDOMEN DISTENDIDO.

PLAN: SE PASA SONDA NASO GÁSTRICA A LIBRE DRENAJE

22. La paciente fue nuevamente valorada por médico cirujano, el 11 de enero de 2012 a las 09:17 encontrándola estable, en regulares condiciones generales, afebril, hidratada, con sonda nasogástrica a drenaje con 100c de líquido bilioso, sin vía oral, sin dificultad respiratoria; continuaba con dolor y aumento de diámetro abdominal, por lo que se ordenó laparotomía exploratoria. Ello se acreditó con copia de formato Evaluación Hospitalización visible a folio 86 C1, 32 C3 del expediente.

"TEMPERATURA 36.2 FC 88 FR 20 T/A 120/70

ANÁLISIS: ESTABLE SE PASA REVISTA CON DC CASABON QUIEN INDICA LAPATOROMIA EXPLORATORIA

REPORTE DE PARACLINICOS: NO

PLAN DE TRATAMIENTO: IGUAL MANEJO – LAPARTOMINA EXPLORATORIA

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO: PANCREATITIS AGUDA"

También con la transcripción de la HC visible a folio 598 respaldo C2:

FECHA: 11/01/2012

NOTA MEDICO GENERAL: DR. ANDRÉS BILBAO NARVÁEZ

PACIENTE NO PRESENTA COLECCIÓN EN CAVIDAD ABDOMINAL, PRESENTA LÍQUIDO LIBRE, FAVOR SE DEBE PRECISAR QUÉ CLASE DE PROCEDIMIENTO REQUIERE PACIENTE.

22.1 La paciente firmó el consentimiento informado para laparotomía exploratoria. Ello se acreditó con copia de formato de consentimiento informado de enfermería visible a folio 84 y 85 C 1 del expediente.

22.2 El mismo día a las 12:26 se efectuó el registro de descripción operatoria de laparotomía + drenaje de peritonitis + lavado peritoneal, con los siguientes hallazgos:

"HALLAZGOS: BILIOPERITONEO APROXIMADAMENTE 15000 CC, TEJIDO DE GRANULACIÓN SOBRE LECHO QUIRÚRGICO PREVIO,- NO ES POSIBLE IDENTIFICAR VÍA BILIAR

"PROCEDIMIENTO: ASEPSIA Y ANTISEPSIA – COLOCACION DE CAMPOS QUIRURGICOS – INCISION DESCRITA- DISECCION POR PLANOS HASTA CAVIDAD- DRENAJE DE BILIOPERITONEO- EXPLORACION DE CAVIDAD – SE IDENTIFICA TEJIDO DEGRANULACION SOBRE LECHO QUIRURGICO – NO SE IDENTIFICA VIA BILIAR –SE REALIZA LAVADO PERITONEAL CON 5000 CC DE SUERO FISIOLOGICO – SE DEJA SE DEJA DREN DE PENROSE PUESTO SOBRE NELATON EN SITIO DE LECHO QUIRÚRGICO, SE REALIZA HEMOSTASIA, SE DEJA LAPAROTOMIZADO CON BOLSA DE BOGOTÁ RECuento COMPLETO DE COMPRESAS."

Temperatura 36.2 FC 88 Fr 20 T/A 120/70

Lo anterior se acreditó con copia de la descripción operatoria quirófanos visibles a folio 87 C1.

22.3 A la 1:23 la paciente se encontraba en recuperación pos anestésica en condiciones estables y se solicitaron laboratorios de control. Ello se acreditó con formato EVOHOS – Evolución Hospitalización, visible a folio 88 c 1 y 31 C 3.

23. La señora CLAUDIA PATRICIA GALLEGO QUINTERO fue valorada por el médico cirujano el día 12 de enero, registrando en su evolución lo siguiente: "...1 día POP, drenaje, peritonitis y 18 días POP colecistectomía, manejo clínico de SIRS FC: 88 x, disminución de sed, sin dificultad respiratoria, abdomen: laparotomía, drenaje de líquido bilioso por dren y borde laparotomía fístula biliar...". Adoptando como conducta: retiro de sonda naso gástrico, se solicitó catéter central, NPT, profilaxis enoxaparina. Lo anterior se acreditó con copia de EVOHOS – Evolución Hospitalización, visible al respaldo del folio 88 C 1 y folio 31 C 3, también con la transcripción de la HC visible a folio 598 C2:

FECHA: 12/01/2012

NOTA MEDICA CIRUGÍA GENERAL: DR. FERNANDO CASABON

PACIENTE EN SU 1 DÍA DE POSTOPERATORIO DE DRENAJE PERITONEAL Y 18 DÍAS DE POSTOPERATORIO DE COLECISTECTOMÍA, CON MEJORÍA CLÍNICA, DISMINUCIÓN DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÊMICA, SIN PRESENCIA DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, ABDOMEN LAPAROTOMÍA, DRENAJE DE LÍQUIDO BILIAR POR DREN Y BORDES LAPAROTOMIZADOS, FISTULA BILIAR.

PLAN: RETIRAR SONDA NASO GÁSTRICA, INICIAR NUTRICIÓN PARENTERAL, PASAR CATÉTER CENTRAL, PROFILAXIS CON ENOXAPARINA, SENTAR A PACIENTE.

Temperatura 36.2 FC 88 Fr 20 T/A 120/70

23.1 Al encontrarse la paciente en mejores condiciones generales, el mismo día a las 10:19 am, el médico general retiró la sonda nasogástrica ordenó iniciar NPT, catéter central. Ello se acreditó con copia de EVOHOS – Evolución Hospitalización firmada por el Doctor Oscar Andrés Bilbao Narváez visible a folio 89, C1 y 33 c3 del expediente.

24. Para el día 13 de enero de 2012 a las 09:15 la paciente registró mejoría clínica sin ictericia, laparotomía, drenaje biliar por tubo, siendo ordenado el retiro de la sonda vesical; sin embargo, a las 17:00 pm se dejó constancia de los cambios de tensión que sufrió la paciente así: 160/100, 160/110, 140/100, razón por la cual se suministraron medicamento antihipertensivo. Lo anterior se acreditó con copia de formato EVOHOS – Evolución Hospitalización visible a

folio 89 y 90 C1, del expediente, también con la transcripción de la HC visible a folio 599 C2:

FECHA: 13/01/15

HORA: 09:15 AM

NOTA MÉDICA CIRUGÍA GENERAL:

PACIENTE CON MEJORÍA CLÍNICA SIN PRESENCIA DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÈMICA, AFEBRIL, SIN ICTERICIA, LAPAROTOMÍA MÁS DRENAJE BILIAR (FISTULA BILIAR).

PLAN: RETIRAR SONDA VESICAL, LEVANTAR A PACIENTE, NUTRICIÓN PARENTERAL.

FIRMA: DR. FERNANDO CASABON.

FECHA: 13/01/15

HORA: 17: 00 PM

NOTA MEDICO HOSPITALARIO:

PACIENTE QUIEN VIENE PRESENTANDO CIFRAS TENSIONALES ELEVADAS: 160/110 POR LO CUAL SE AUMENTA MEDICAMENTO ANTIHIPERTENSIVO.

FIRMA: CRISTINA YELA

25. La paciente se encontraba en mejores condiciones generales el día 14 de enero, por lo cual se registró en la historia clínica: abdomen laparotomizado, presencia de bilis, dren de penrose sin drenaje, con nutrición parenteral y una temperatura de 36.2 Fc 80 FR 20 T/A 140/70. Ello se acreditó con copia de EVOHOS – Evolución Hospitalización firmada por el Médico Andrés Agreda Pantoja visible a folio 91 C1 y 35 C3 del expediente, también con la transcripción de la HC visible a folio 599 C2:

FECHA: 14/01/2012

NOTA MÉDICA CIRUGÍA GENERAL:

PACIENTE CON EVOLUCIÓN SATISFACTORIA, ABDOMEN LAPAROTOMIZADO, PRESENCIA DE BILIS, DREN DE PENROSE SIN DRENAJE, RECIBE NUTRICIÓN PARENTERAL.

PLAN: INICIAR AROMÁTICA Y HIOSCINA 20 MG IV CADA 8 HORAS

DR. ÁLVARO GERMÁN VILLACIS CORAL.

26. La paciente continuaba estable y fue valorada por cirugía general el 15 de enero de 2012, se le ordenó CEPRE (colangiopancreatografía retrograda endoscópica) y stent biliar a realizar el 19 de enero, manteniendo el diagnostico presuntivo de pancreatitis aguda. Sus signos eran: T 36 Fc 80 Fr 20 T/A 130/70. Lo anterior se acreditó con copia del formato EVOHOS – Evolución Hospitalización visible a folio 92 y 93 C1 y 36 C3 del expediente. También con la transcripción de la HC visible a folio 599 C2:

FECHA: 15/01/2012

NOTA MÉDICA CIRUGÍA GENERAL:

SE ORDENA COLANGIOPANCREATOGRFIA RETROGRADA ENDOSCÓPICA MÁSSTENT BILIAR. DR. EMILIO MORENO.

27. La señora CLAUDIA PATRICIA GALLEGO QUINTERO presentó fiebre el 16 de enero, pese al suministro de medicación antibiótica, por lo cual el personal médico ordenó a las 9:08 am suspender vía oral, aumentar hidratación, y registro

pendiente el CEPRE +STENT. Sus signos eran: 39 FC 80 Fr 20 T/A 130/70. Ello se acreditó con copia de EVOHOS – Evolución Hospitalización visible a folio 94 C1 y 37 C3 del expediente.

28. La paciente continuaba con fiebre el 17 de enero, se le tomó un TAC abdominal que arrojó como resultado tórax dentro de la normalidad, mantenía drenaje activo sin respuesta inflamatoria. Sus signos eran: Temperatura 39 FC 80 Fr 20 T/A 130/70. Lo anterior se acreditó con copia del formato EVOHOS – Evolución Hospitalización firmada por el médico Oscar André Bilbao Narváez visible a folio 95, 96 C1 y 38, C3 del expediente, también con la transcripción de la HC visible a folio 599 C2:

FECHA 17/01/2012

NOTA MÉDICA CIRUGÍA GENERAL

ANÁLISIS DE PACIENTE CON LAPAROTOMÍA Y FISTULA BILIAR, LAPAROTOMÍA CON DRENAJE ACTIVO SIN PRESENCIA DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÈMICA, NO DIFICULTAD RESPIRATORIA, SE SOLICITA COLANGIOPANCREATOGRÀFIA RETROGRADA ENDOSCÒPICA PARA DISMINUIR FRAGMENTO ILEGIBLE DE FISTULA.

DR. FERNANDO CASABON.

29. La paciente continuaba presentando fiebre (3 días) para el 18 de enero, respecto de la herida quirúrgica mantenía bolsa de Bogotá con secreción biliar moderada, con dren funcionando parcial, sin signos e infección ni sangrado reciente, sin secreciones, ni signos de irritación peritoneal. Además, se encontraba pendiente CEPRE, colocación de stent y reporte de hemocultivo. Sus signos eran: Temperatura 39 FC 80 Fr 20 T/A 130/70. Ello se acreditó con copia de formato EVOHOS – Evolución Hospitalización firmada por el Médico Oscar Andrés Bilbao Narváez visible a folio 97 C 1 y 39 C3 del expediente.

30. La señora CLAUDIA PATRICIA GALLEGO QUINTERO sufrió paro cardiorespiratorio presenciado, aproximadamente a la una (1) de la mañana del 19 de enero de 2012, requiriendo reanimación cardiocerebropulmonar por aproximadamente diez minutos, siendo trasladada a UCI donde presentó paro con reanimación de siete (7) minutos más. Lo anterior se acreditó con copia del formato UNGUCI _ Ingreso UCI adultos visible a folio 107 del expediente.

El mismo día la paciente presentó insuficiencia respiratoria aguda secundaria a choque séptico de origen biliar, estado post reanimación a las 12:08 p.m. anotación en la que se diagnosticó:

“SEPTICEMIA NO ESPECIFICADA

PARO CARDIACO CON RESUCITACION EXITOSA

ENCEFALOPATIA NO ESPECIFICADA

PROBLEMAS INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA SECUNDARIA A CHOQUE SEPTICO DE ORIGEN BILIAR –ESTADO POST REANIMACION (2 PAROS CR) EN SU DIA 9 DÍA DE POP COLECISTECTOMÍA CON DEHISCENCIA DE MUÑÓN DEL CÍSTICO Y FISTULA BILIAR PERITONITIS GENERALIZADA – 5 DIA DE HOSPITALIZACION EN NUESTRA INSTITUCION”.

Ello se acreditó con copia del formato UNGUCI _ Ingreso UCI adultos visible a folio 107, 111 C1 y 40, 45 C3 y copia del formato EVOUCI – Evolución UCI adultos, folio 110 C1 y 44 C3.

31. La paciente no presentaba mejoría, a las 4:42 p.m continuaba con falla respiratoria aguda, septicemia no especificada, peritonitis aguda, colangitis, fistula de la vesícula biliar, en estado post reanimación # 2, hemo dinámicamente inestable; además de recibir ventilación mecánica, presentando taquicardia diaforética, SIRS no modulado, a la espera de realizar al día siguiente, exploración vía biliar. Lo anterior se acreditó con copia del formato de Evolución UCI adultos firmada por el médico visible a folios 112 a 113 C 1 y 47 a 48 C2 del expediente. También con la transcripción de su HC visible a folio 599 reverso C2:

PACIENTE QUIEN EL DÍA 19 DE ENERO DE 2012 EN SU POSTOPERATORIO DÍA 9 DE LAPAROTOMÍA MAS DRENAJE DE PERITONITIS POR FISTULA DE LA VÍA BILIAR, POSTCOLECISTECTOMIA QUIEN SE ENCONTRABA SIENDO MANEJADA EN LA UNIDAD COMPLEMENTARIA EN 4 PISO, PRESENTA PARO CARDIORRESPIRATORIO PRESENCIADO, REQUIERE REANIMACIÓN-CARDIO-CEREBRO-PULMONAR POR APROXIMADAMENTE 10MINUTOS Y ES TRASLADADA A UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO, EN DONDE AL INGRESO PRESENTA NUEVAMENTE PARO CARDIORRESPIRATORIO CON REANIMACIÓN APROXIMADAMENTE POR 7 MINUTOS SALIENDO A RITMO DE PERFUSIÓN , AUNQUE EXISTE UN ALTO RIESGO DE DAÑO NEUROLÓGICO POR NOXA HIPOXICA, SE DECIDE DAR SOPORTE DE UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO HASTA DENTRO DE 12 HORAS DONDE SE EVALUARA RESPUESTA NEUROLÓGICA PARA DEFINIR CONDUCTA.

32. El pronóstico de la demandante para el día 20 de enero, señalaba falla respiratoria aguda secundaria, choque séptico de origen biliar post operatorio de colecistectomía. Lo anterior se acreditó con copia del formato EVOUCI – Evolución UCI adultos, visible a folios 116 a 117 C1 del expediente.

33. El mismo día se le practicó un lavado peritoneal con anestesia general, sin encontrar colecciones subfrénica, subhepática, ni pélvica, fistula biliar a laparotomía. Ello se acreditó con copia de formato Descripción Operatoria Quirófanos, firmada por el médico Fernando Horacio Casabón Rodríguez visible a folio 119 C1 del expediente.

34. A la paciente le fue practicado lavado peritoneal el 21 de enero de 2012, con reacomodación de tubo en T, presentando rata urinaria normal, retención hídrica de tercer espacio, SIRISS modulado, anémica, drenando bilis adecuadamente por hemovac y por el momento se dio por solucionado el problema de la fistula biliar. Se le practicó un TAC cerebral de control muestra edema cerebral difuso y borramiento circunvoluciones. Lo anterior se acreditó con copia de formato Evolución UCI adultos visible a folios 133, 125 a 128 C1, repetida a folios 58 a 59 C3 del expediente.

35. Para los días 22 y 23 de enero de 2012 la demandante continuaba con mala respuesta neurológica, se dejó anotación en su historia de sepsis abdominal por peritonitis química, con gran edema cerebral, hemodinamicamente estable sin soporte, acoplada a ventilación mecánica, sin trastorno de oxigenación, SIRS modulándose por estado post reanimación. Además fue valora con TAC de

control con escasa mejoría de edema por lo que fue llevada a coma barbitúrico. Ello se acreditó con copia de formato EVOUCI – Evolución UCI adultos visible a folio 136, 141 a 142 C1 del expediente.

FECHA: 23/01/2012

NOTA MEDICA: MEDICINA GENERAL: NO SE ESPECIFICA HORA

SE REVALORA TOMOGRAFÍA CEREBRAL Y EN CONTEXTO CLÍNICO LA PACIENTE SE BENEFICIARIA DE COMA BARBITÚRICO, SE HABLA CON DR. PORTILLA EN REVISTA DE LA TARDE SE DECIDE INICIAR COMA BARBITÚRICO. DR. DARÍO ALEJANDRO BETANCOURT.

36. El día 25 de enero la paciente fue valorada en revista médica, conceptuando abdomen normal, fistula organizada, se sospechaba de endocarditis bacteriana vs, otro foco infeccioso. Se adoptó un plan de policultivos, ecocardiograma, fue suspendida la sedación, continuando con pronóstico reservado. Ello se acreditó con copia de formato EVOUCI – Evolución UCI adultos visible a folio 153 C1 y repetida a folio 81 C3 del expediente.

37. La paciente empezó a evolucionar tan solo para el día 30 de enero de 2012, de forma muy estacionaria, hemo dinámicamente estable, sin soporte. Fue valorada por cirugía general, encontrando abdomen normal, fístula organizada y sin foco de infección abdominal, con pobre estado neurológico. Ello se acreditó con copia de formato EVOUCI – Evolución UCI adultos, firmada por el médico Darío Alejandro Betancourt Insuasty visible a folio 183 C1 del expediente.

38. La señora CLAUDIA PATRICIA GALLEGO QUINTERO a la fecha continúa internada en el HUDN, presentando un 90.85% de pérdida de capacidad laboral, calificada por la Junta de Invalidez, que estableció como fecha de estructuración del 19 de enero de 2012. Ello se acreditó con el oficio de notificación y el formulario de calificación elaborado por seguros de Vida Alfa S.A. para la AFP Porvenir S.A. a folio 392 a 394 C 1.

39. El señor JOSE DAVID MASSA ha presentado en varias oportunidades quejas ante la dirección del HUDN por la deficiente atención brindada a su esposa la señora CLAUDIA PATRICIA GALLEGO QUINTERO. Ello se acreditó con oficios visibles a folios 379 a 381, 383 a 386, 402, 409 a 433.

40. Actualmente la señora CLAUDIA PATRICIA GALLEGO QUINTERO presenta alteración de la conciencia, falta de interrelación de si con el medio, no tiene respuesta a estímulos, conserva reflejos segmentarios espinales, y de partes craneales en diversos grados, perdida de reflejo nauseoso y deglutorio, además de perdida de esfuerzo inspiratorio; por lo cual requiere de traqueotomía y gastrostomía permanentes. Además de perdida de sus funciones mentales superiores como: lenguaje, juicio, raciocinio, calculo, introspección, lectura, escritura coordinación, visuespacial y visumotoral (apraxia). Ello se acreditó con la certificación del médico Silvio German Chávez Huertas Neurólogo visible a folio 433 c1.

41. La señora CLAUDIA PATRICIA GALLEGO QUINTERO y su familia han padecido perjuicios morales derivados de su condición de salud, además por el traslado de domicilio de la ciudad de Mocoa hasta la ciudad de Pasto, donde

actualmente se encuentra hospitalizada en el HUDN. Ello se acredita con la prueba testimonial obrante en medio magnético a folio 920 Cuaderno 2, en la que se indicó lo siguiente:

La señora María Celina Rosales Reyes al respecto dijo:

Sí porque, pues... ella... ella trabajaba y... y les colaboraba pues al esposo... a don David (...) PREGUNTA:- ¿En qué trabajaba? CONTESTO:- Ella trabajaba en Bogotá en una... con unos ingenieros en obras (...) PREGUNTA:- Ella era... ¿qué profesión ostentaba la señora Claudia Patricia? CONTESTO:- Era ingeniera de obras de... hacía casas... hacía eso de... en el Putumayo también... en carreteras... ella era, trabajaba con una... con unos ingenieros (...) PREGUNTA:- ¿Usted sabe cuánto devengaba por ese concepto la señora Claudia Patricia Gallego? CONTESTO:- Por ahí dos millones pesos incluido gastos (...) PREGUNTA:- Y cómo le consta que ganaba dos millones de pesos. CONTESTO:- Porque pues nosotros siempre con ella hablábamos (...) PREGUNTA:- ¿Ella le comentó? CONTESTO:- Sí, ella decía ese precio... eso ganaba pues ¿no? Porque yo la conozco mucho tiempo y afecto mucho a la niña al esposo porque él ya tuvo que venirse acá yo le di... le di... posada en mi casa, pues no en mi casa sino de mi hijo, entonces él llegó a la casa por quince días, me dijo <vea doña Celina deme posada por quince días> y vea hasta el sol de hoy ya son cuatro años y medio que la señora ya... ella es un vegetal, ella... da es pena irla a mirar... ella era una señora como de uno noventa bien gorda y ahorita está inconocible (sic) da es pena irla a mirar (...) PREGUNTA:- ¿Dónde se encuentra ella en estos momentos? CONTESTO:- En el hospital departamental... ahí se encuentra recluida pues ya cuatro años y medio de ella (...) PREGUNTA:- ¿A qué actividad económica se dedica el esposo de la señora Claudia Patricia Gallego? CONTESTO:- Pues ahora en el momento, aquí en Pasto él no pudo regresar a Puerto Asís a la casa allá... el allá tiene una casa en Puerto Asís y ya no pudo regresar porque pues ella... él está aquí al tanto de la esposa porque no la puede dejar sola (...) PREGUNTA:- ¿Y en términos económicos a qué se dedica? CONTESTO:- El ahoritica está trabajando en CEDENAR (...) PREGUNTA:- ¿Aquí en Pasto? CONTESTO:- Sí, hace como unos dos años o año y medio que está trabajando acá para sustentarse porque pues la vida de él es... pues... PREGUNTA:- Antes de que ocurriera lo hecho, el suceso de la hospitalización de la señora Claudia Patricia Gallego a qué se dedicaba su esposo? CONTESTO:- ¿El esposo? Él trabajaba en Puerto Asís, él era rector de un colegio en Puerto Asís (...) PREGUNTA EL APODERADO DE LA PARTE DEMANDANTE:- Después del día que ella fue remitida, el seis de enero... ¿a los cuantos días se la...? ¿Cuántos días pasaron para que se la interviniera? CONTESTO:- Más o menos siete días (...) PREGUNTA EL APODERADO DE LA PARTE DEMANDADA:- Manifiéstele por favor a este despacho si usted sabe o conoce si la señora Claudia Gallego antes de ser hospitalizada padecía de alguna enfermedad anterior. CONTESTO:- Ella... en el momento antes de la cirugía no tenía ninguna enfermedad (...)

También obra declaración rendida por el testigo James Alexis Ramos quien al respecto dijo:

"Como le cuento yo la conozco hace unos diez años, conozco a José David, Claudia Patricia... ella... yo la conocí bien, normalmente una persona dedicada al trabajo, trabajaba con una firma de constructores, tenía su familia normal, gozaban de buen salud, de un momento a otro José David me contó que le iban a hacer una cirugía entonces yo me, en diciembre entonces me di cuenta que le iban a hacer la cirugía, cuando ya pasó eso José David me llama en enero que la remiten aquí a Pasto, el cual yo asisto allá a verla y ella estaba pues... totalmente... totalmente mal, entonces negligencia primero del hospital del Putumayo porque en el momento en el que tenían que hacerle esa... ese procedimiento no tenían un anestesiólogo y por eso la

remitieron aquí a Pasto... el hospital de Pasto... creo... fue... o sea... yo personalmente es negligencia de ellos porque cuando llega... primero que cuando una cirugía es ambulatoria porque yo soy operado también de la vesícula, yo estoy bien, entonces no veo porque una cirugía tan... tan... ¿Cómo le explico? Tan... tan... pues como le digo ambulatoria que de un día para otro uno está bien se complique tanto ella, negligencia del hospital de Puerto Asís pues, porque como le explico tuvieron que remitirla aquí a Pasto, aquí llegó, no le hicieron el procedimiento el día que tenían que hacerlo, se demoraron casi cinco días en hacerlo, cuando lo hicieron ella ya entró en paro respiratorio y hasta el día de hoy ella está en coma, entonces eso ha afectado mucho la vida de José David porque a raíz de eso... él tenía una vida normal... primero la niña que era menor de edad tuvo que dejarla con unas personas allá abajo, a raíz de eso ya se la tajo para acá pues porque usted entiende doctora que una niña sin los padres, como ella vivía bien con sus padres, tener que dejarla a una persona ajena, en este momento se la tuvo que traer para acá... a raíz de eso él le comenzó a cambiar la vida porque tuvo que comenzar a vender todas sus cosas, ahora tiene la finca abandonada entonces creo que a raíz de todos eso lo que pasó con los hospitales y lo procedimientos que no le hicieron en el momento adecuado... él le cambió la vida totalmente hasta hoy en día que... como Claudia Patricia está totalmente en coma... entonces eso es lo que ... lo que le digo doctora (...)

PREGUNTA:- ¿A qué se dedicaba doña Claudia Patricia antes de la intervención quirúrgica? CONTESTO:- Ella trabajaba con una firma de ingenieros (...)

PREGUNTA:- ¿Qué profesión tenía? CONTESTO:- Ella trabajaba con ellos administrativamente (...)

PREGUNTA:- Bueno, el señor esposo de la señora Claudia Patricia Gallego ¿a qué se dedicaba antes de la intervención quirúrgica? CONTESTO:- Él tenía una empresa de mensajería y vendía trucha y pollos (...)

PREGUNTA:- ¿Usted sabe cuánto devengaba la señora Claudia Patricia Gallego por el cargo que desempeñaba? CONTESTO:- Sí, dos millones de pesos con viáticos (...)

PREGUNTA:- ¿Por qué le consta? CONTESTO:- Pues ella me comentaba lo que ganaba (...)

PREGUNTA:- Pero ¿usted vio en algún momento que se le canceló ese dinero? CONTESTO:- Sí, sí (...)

PREGUNTA:- ¿Quién le canceló? CONTESTO:- La firma de ingenieros que ella trabajaba (...)

PREGUNTA:- ¿Y de esa firma quién le canceló, qué persona? CONTESTO:- El encargado de hacer los pagos allá (...)

PREGUNTA:- ¿se pagaba con cheque o en efectivo? CONTESTO:- Le consignaban a la cuenta (...)

PREGUNTA:- ¿Y usted hizo algún retiro, lo autorizó para hacer algún retiro? CONTESTO:- No, una vez la acompañé a ella allá en Puerto Asís, que yo como le digo viajaba mucho a allá y me quedaba allá en la casa de ellos (...)

PREGUNTA:- Usted nos comenta que el señor trabajaba... laboraba en actividades agropecuarias ¿Cuánto devengaba el señor esposo de la señora Claudia Patricia Gallego por dichas labores? CONTESTO:- Sólo millón, millón quinientos (...)

PREGUNTA:- ¿Por qué le consta? CONTESTO:- Pues la actividad que ellos manejaban de la venta de truchas y la venta de pollos y entonces tenían una gran... una buena clientela (...)

PREGUNTA:- ¿Usted conoce la contabilidad que se manejaba? CONTESTO:- NO (...)

PREGUNTA:- Buenos, gracias... coméntenos ¿Cómo ha afectado la situación actual de la señor Claudia Patricia Gallego a su familia y cómo está integrada su familia? CONTESTO:- pues la familia de ella está integrada por José David como le digo... la niña y Claudia Patricia, la ha afectado mucho como le comentaba pues... a raíz de eso David... primero tuvo que dejar a la niña... allá en Puerto Asís con una persona ajena, pues como usted entenderá una mujer, una niña corre mucho peligro en manos de otro a raíz de eso tuvo que traérsela a acá y ha afectado mucho a la economía de él... emocionalmente y... y todo porque una hija que tenga a su mamá bien de un momento a otro quedar así como ella está ahora... es que eso es tremendo doctora."

42. La atención medica brindada a la paciente por parte del HUDN, también se acreditó con la prueba testimonial obrante en medio magnético a folio 920 del cuaderno 2 del expediente, en las que se indicó lo siguiente:

El médico internista Doctor Marco Antonio Solarte Portilla al respecto dijo:

"PREGUNTA:- Doctor Solarte ¿sabe usted en el caso concreto si la paciente el día que llegó al hospital presentaba estos signos para ser llevada a cirugía de manera inmediata? CONTESTO:- Como dije hace rato, desconozco... o no recuerdo la atención que haya podido brindar a esta paciente en... en este caso, nosotros atendemos en promedio a cincuenta, sesenta pacientes diario en el servicio de urgencias y tendría que recurrir a la historia clínica para verificar los signos en el momento de ingreso y tendría que verificar la historia clínica si recibió atención de mi parte en el servicio de urgencias (...) LECTURA DE PÁGINA DE SIGNOS VITALES:- *Revisando la historia clínica del viernes cero seis de enero eh... de acuerdo a la nota de ingreso podemos ver signos vitales de ciento treinta, setenta de presión arterial, frecuencia cardíaca de ochenta, frecuencia respiratoria de dieciocho, temperatura de 36 y saturación del 90 por ciento... con estos signos vitales puedo asegurar que la paciente no cursa con un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (...) o sepsis, que obligue a tomar la decisión de una cirugía más rápida, más urgente, más temprana... hablamos sobre las condiciones infecciosas, pero también es importante tener en cuenta otras complicaciones de tipo hemodinámicas después de una cirugía de vesícula como es, por ejemplo el sangrado excesivo del lecho o la ruptura de las arterias císticas, que pueden ser complicaciones también de la colecistectomía o la perforación de otras vísceras de forma incidental que pudieran... se pudiesen dar en el primer acto quirúrgico, estas son complicaciones como dije hace un rato que son manejadas más por cirugía pero que son complicaciones no infecciosas que también deben considerarse a la hora de evaluar a un paciente que es operado previamente a la vesícula (...)* PREGUNTA:- *se nos dice en la demanda que la paciente llegó al Hospital Universitario remitida de Puerto Asís con exámenes de laboratorio TAC que indicaban aumento de bilirrubinas, leucocitos con neutro filia, síndrome icterico secundario acolédico, litiasis residual, colangitis sugestivo de un posible Cepre... esos aumentos en el cuadro hemático eran sugestivos de la existencia de una infección... a ese nivel ¿debía realizarse una intervención quirúrgica de urgencia o podía dársele manejo con tratamiento con antibióticos, con algún tipo de sonda para extraerle líquidos del estómago o cómo debía hacerse el tratamiento bajo esas condiciones?* CONTESTO:- *Sí he... creo que he explicado en mi concepto si hubiera una sepsis definida con compromiso sistémico, es decir con hipotensión, con fiebre, con taquicardia, eh... y signos claros de abdomen agudo que es otro criterio también muy quirúrgico que significa que el paciente debe ser llevado a cirugía eh... de inmediato, al parecer de acuerdo a lo que hemos visto, la paciente no presentaba ninguna de esas características... debo también hacer énfasis en que los estudios iniciales no mostraba un cálculo en el colédoco ni signos de colangitis, según se puede apreciar en la historia... Esto obliga a los médicos a hacer estudios para aclarar la causa de... la respuesta inflamatoria que está teniendo la paciente... en este momento veo una tomografía de enero 7 donde dice que no hay compromiso de la vía biliar, eso estaría en contra del diagnóstico planteado por el médico que remite... por el contrario lo que encuentran es líquido libre en la cavidad abdominal y las causas de ese líquido libre también son múltiples, ahí es donde entra el proceso de ayuda del diagnóstico, porque puede venir con un diagnóstico presuntivo por el médico que remite pero es obligatorio en un hospital de nivel superior determinar si la causa por la cual viene remitida corresponde a la realidad o pudiesen haber otras causa que expliquen la sintomatología del paciente, y es perentorio en todo nivel de complejidad, si el estado clínico del paciente lo permite, realizar estudios subsecuentes por ejemplo para no ir a operar lo que no se debe operar porque como decía muchas veces la sepsis se debe a causas no quirúrgicas por ejemplo pulmonares, por ejemplo urinarias, que no se operan, simplemente se manejan con antibióticos hay que tener esa precaución, si esta tomografía de entrada demostrase la vía biliar dilatada y la presencia de un*

cálculo, posiblemente si era necesario hacer esa CEPRE, que es la colángo-endoscopia-retrógrada para extraer el cálculo que era la causa de la infección, pero como los estudios iniciales no mostraban eso, entonces se difirió la cirugía para buscar la causa y me estoy refiriendo a lo que en este momento me encuentro en la historia clínica que no he tenido la oportunidad de revisar previamente (...) PREGUNTA:- En la nota operatoria de la historia clínica realizada el once de enero de dos mil once, el cirujano establece que se encuentra con una fístula biliar por dehiscencia de muñónístico y peritonitis secundaria manifiéstele por favor a este despacho ¿qué significa este hallazgo? CONTESTO:- Eh... sí, significa que cuando se hace la colecistectomía hay que dejar el conducto cístico, pues adosado al conducto colédoco, el conducto cístico es el de la vesícula y el conducto colédoco termina en el duodeno, es un sitio muy importante de reparo porque hay que hacer muy bien la sutura, porque si esta sutura se llega a ir va a ocurrir el fenómeno de fístula que es que la bilis va a seguir drenando a través de... de... de esa falsa ruta que es la fístula y que naturalmente en este caso deber ser asociada a la complicación de la cirugía reciente (...) PREGUNTA:- Manifiéstenos que si... ¿para qué se ordena un drenaje percutáneo? En la paciente CONTESTO:- Sí estamos hablando de un dren abdominal depende muy bien de donde se coloque hay drenes... hoy por ejemplo que tienen... se colocan directamente en la vía biliar y hay drenes que se colocan en el abdomen la razón de ser de los dos es, por ejemplo si es en vía biliar para que drene la bilis al espacio externo y si es en el abdomen es usualmente para que drene sangre o cualquier otro detrito que se encuentre en el abdomen (...) PREGUNTA: Sírvase explicarnos desde su conocimiento especializado qué es una colecistectomía y qué complicaciones que pueden derivar de la misma. CONTESTO:- Bueno la colecistectomía, aunque reitero que no soy cirujano general, es una pregunta de amplio conocimiento para el todo el... ámbito médico eh... es la extirpación de la vesícula... bueno las complicaciones pueden ser múltiples y dependen de muchas condiciones, si la cirugía es programada ambulatoria es de muchos menos riesgo, si la cirugía se da en el ámbito de urgencias se prevén complicaciones, que pueden ser: la infección, uno, la rotura, la fístula, la hemorragia y la muerte... si son pacientes inmunocomprometidos o diabéticos el riesgo de complicaciones es mayor... creo que eso responde la pregunta (...) PREGUNTA:- En la cirugía realizada a la paciente se sospechó de una fístula biliar ¿podría por favor explicarnos qué es una fístula biliar, cuáles son sus causas y qué complicaciones conlleva? CONTESTO:- La fístula biliar puede ser una complicación de la cirugía es un... se forma un trayecto falso sobre el área operada la cual queda drenaje de bilis no al sitio que debe ir que es el duodeno sino hacia la cavidad abdominal, es una de las complicaciones que uno debe advertir al paciente que puede presentarse pero no es una complicación en mi práctica que sea muy frecuente, reitero que yo no soy cirujano, seguramente ellos vean más complicaciones, en general es por manipulación de la vía biliar y puede ocurrir en un porcentaje menor, que yo creo que sea menor del diez por ciento... la causa en este caso es la cirugía previa naturalmente, la manipulación de la vía biliar (...) PREGUNTA:- ¿Cómo se soluciona la complicación de fístula biliar? O sea ¿es tratamiento o cirugía? CONTESTO:- Sí también yo creo que ese tipo de preguntas sería muy bueno que se lo hagan a los cirujanos, pero la experiencia dice que muchas fístulas se cierran con observación clínica y con el drenaje a través del tubo en t y un porcentaje que es menor requieren una re intervención que es volver a cerrar el sitio por donde esta drenando la bilis, o sea volver a re intervenir en este caso el cístico que es por donde dice que se ha... que se ha escapado la bilis (...) PREGUNTA:- Doctor retomando la pregunta, frente a la fístula biliar usted nos manifiesta que es una de las complicaciones que puede tener la cirugía de colecistectomía realizada en el Putumayo, eh... esta fístula biliar fue una sospecha que se dio en la intervención quirúrgica del Hospital departamental, ¿qué consecuencias trae esa fístula biliar? CONTESTO:- Sí, las consecuencias pueden ser de origen infeccioso, mayor estancia hospitalaria, mayor probabilidad de adquisición de gérmenes institucionales, es... mayores problemas también con el tema de la nutrición, porque son pacientes que van a requerir nutrición parenteral mientras cierra

la fístula... básicamente esos (...) PREGUNTA:- Ese cuadro de posible infección y demás complicaciones que usted nos narra por la existencia de una fístula eh... ¿puede llevar a la... a una alza térmica en un paciente? CONTESTO:- Si hace un proceso infeccioso asociado al... inicialmente la fístula no es infección, pero posteriormente puede complicarse con un fenómeno infeccioso, entonces ahí tendríamos la fiebre y los otros signos de respuesta inflamatoria que serían: taquicardia, hipotensión, estado tóxico que advierten que pudiese haber un proceso infeccioso agregado al fenómeno de fístula, pero la fístula por sí sola lleva a mayor... mayores complicaciones porque hay que esperar a que cierre y en ese proceso implica más días de estancia hospitalaria, implica necesidad de nutrición parenteral, es decir que no se lo puede nutrir por vía oral, por la boca común y corriente sino que hay que darle sustitutos nutricionales que van directamente al torrente sanguíneo, más los días de estancia hospitalaria favorecen la adquisición de otros procesos infecciosos... además de que muchas veces las fístulas no cierran temprano ¿no? Ellas se clasifican en: de gasto alto y de gasto bajo, las fístulas de gasto alto usualmente tardan más de quince días en cerrar, ¿ya? Hasta que se tome la decisión si se van a cerrar quirúrgicamente por parte de cirugía general (...) PREGUNTA:- El paciente a partir de la existencia de una fístula... o sea de... la paciente llegó con diez días de evolución al Hospital Universitario Departamental de Nariño... digamos ¿cuánto tiempo habría entre la llegada al hospital universitario y la intervención quirúrgica o un procedimiento médico tendiente a cerrar la fístula sin que el proceso infeccioso complique el estado anímico o el estado térmico o digamos todas las consecuencias que se derivan de un proceso infeccioso? CONTESTO:- Es una pregunta muy técnica que a mi manera de ver debía hacerse a cirugía pero en términos... en términos... prácticos, si es un fístula de gasto alto que no se resuelve en un término corto de tres días, si no disminuye de flujo, debe ser llevada a cirugía... y si es una fístula de gasto bajo sin compromiso sistémico puede contemporalizarse un poco más hasta los siete, quince días, reitero que esta apreciación debe ser corroborada, confirmada por un cirujano que los manejos de las fístulas son parte de su especialidad, no de la especialidad clínica, la anterior respuesta la hago con base a la experiencia clínica pues que... catorce años de trabajo institucional tengo o sea... que puede ser sujeta a una revisión por parte de... eh... una persona experta en ese tema que en este caso son los cirujanos generales de vía biliar (...) PREGUNTA:- En el momento en que se realiza a la paciente una... una... pienso que fue una laparoscopia exploratoria, a través de esa cirugía ¿puede determinarse la existencia de la fístula y si se determina en ese momento, puede realizarse una intervención? Tengo entendido que es un cierre sten (sic) no sé qué es pero eso dice la historia clínica CONTESTO:- Creo que en este caso se determinó la presencia de fístula en la cirugía... o sea que sí es posible determinar, simplemente porque se dé bilis drenando a la cavidad abdominal y eso no debería de pasar, entonces es... es... es de fácil visualización una fístula segundo cómo decíamos se puede dejar un tubo en t que ellos llaman para derivar esa bilis hacia el ambiente externo para que no siga pasando hacia el abdomen porque puede producir una peritonitis química... y... ese es el manejo que usualmente se le da a esa fístula... por el hecho de ser una cirugía reciente usualmente no recurren a cierres primarios, ni con material de sutura, ni en este caso con stent (sic) pero eso también es una pregunta muy técnica que los cirujanos que estuvieron en el acto u otros cirujanos pueden conceptuar al respecto (...) PREGUNTA:- Doctor, según la historia clínica se observa que en el momento de la cirugía se pudo evidenciar o sospechar la presencia de la fístula biliar, sirvase manifestar si según los signos y síntomas que presentaba la paciente al ingreso al hospital el seis de enero que usted tuvo la oportunidad de revisar ya en la historia clínica, ¿se podía sospechar esa fístula biliar como una consecuencia de la colecistectomía o solamente ante la cirugía? CONTESTO:- De acuerdo con la condición clínica descrita, los signos vitales es poco posible sospechar una complicación de ese tipo con la descripción que tenemos de ingreso de la paciente (...) PREGUNTA:- Anterior a realizarse la cirugía eh... el mismo seis de enero pues se ordenaron en la paciente una ecografía, un TAC de abdomen donde resultó líquido

libre, la conducta a seguir fue solicitar un drenaje percutáneo que posteriormente ante la especialidad de radiología se decidió que no era posible precisamente por ese líquido y se ordena la cirugía, esta conducta que se tomó al interior del hospital ¿es adecuada a los protocolos médicos? CONTESTO:- Nuevamente es una pregunta para una especialidad quirúrgica pero le puedo... en general no se espera que después de una cirugía de abdomen, cualquiera que sea, exista mucha cantidad de líquido abdominal, cuando existe mucho líquido obliga a sospechar que se dio alguna complicación propia de la cirugía o propia de otra condición del paciente... eh... decidir qué es lo mejor es una conducta difícil, si se puede abordar vía guiada por tomografía que lo hacen los radiólogos o vía laparotomía exploradora que lo hacen los cirujanos, esa conducta la debe tomar el cirujano si considera que puede ser totalmente drenada guiada por tomografía como creo que fue en este caso se solicita la intervención de un radiólogo intervencionista, porque ya es una paciente que ya ha sido operada, en principio se le ofrece lo mínimamente invasivo que en este caso sería la tomo... la... la... extracción de líquido guiada por tomografía, si se da que como lo ha concertado esto no es posible, pues el paso siguiente es explorar para ver qué pasa, porque se puede encontrar con una gran posibilidad de complicación, sangrados, fístulas, infecciones, incluso con otras causas que no necesariamente pueden estar pensadas previamente a la evaluación del acto médico, sorpresas... que no se esperaba compasa en muchos casos ¿no? Por eso la mejor decisión es entrar y explorar como creo que se hizo ahí (...) PREGUNTA:- Teniendo en cuenta que el momento de la cirugía, digamos se sospecha la fístula y si mal no entendí pues luego se coloca un stent que fue lo que se hizo en este caso, la paciente según historia clínica, eso fue el doce de enero, sigue en una evolución satisfactoria eh... se maneja únicamente tensión arterial mediante medicamentos eh... y hace un paro el diecinueve de enero, es decir siete días después, sírvase manifestar de acuerdo a su especialidad y la experiencia desde su misma especialidad, si la paciente al presentar la paro cardiorrespiratorio tiene alguna relación frente a esa fístula biliar o fue algo súbito. CONTESTO:- Hay unas preguntas para precisar eso ¿no? En principio no hay ninguna relación entre el paro y la fístula, si la fístula fue adecuadamente y no hay datos de que hay complicaciones posteriores al primero, al segundo, al tercer día no hay relación entre el procedimiento quirúrgico y el paro cardiorrespiratorio (...) PREGUNTA:- Según su conocimiento especializado, pues desde su área... sírvase manifestar si el haber intervenido a la paciente de manera inmediata como lo solicitan los demandantes hubiese evitado ese paro cardiorrespiratorio. CONTESTO:- En mi concepto son situaciones hipotéticas, si se hubiese intervenido con el diagnóstico que venía de afuera se hubiese encontrado supuestamente un cálculo que obstruía la vía biliar y tenía que hacerse una CEPRE temprana, pero al parecer los datos posteriores demostraron que no era la complicación de la vía biliar sino que la complicación era más atribuible a una fístula que estaba drenando bilis a la cavidad abdominal, entonces si se hubiera operado de una CEPRE posiblemente lo que se hubiera terminado de hacer es más lesión de la vía biliar, en ese sentido creo que fue cauto eh ... confirmar los diagnósticos presuntivos con que venía de afuera a través de los procedimientos... eh... decir si sí o no iba a ser paro está en el marco de lo hipotético, pero en principio podríamos decir que no, porque lo que se hubiese hecho es una CEPRE y la CEPRE... el riesgo de complicaciones como paro cardiorrespiratorio en una paciente que está estable son también relativamente bajos y tenemos que hablar siempre en proporciones en riesgos porque no todos los individuos responden igual a todas las cosas, cada una tiene una... tiene una susceptibilidad individual, hay susceptibilidad genética para hacer sepsis, entonces no podemos hablar en términos globales de que el ciento por ciento de las personas no vayan a responder sobre esa forma, por lo demás me parece un caso muy hipotético que en este caso no se dio pero digamos, si se hubiera hecho la CEPRE, el riesgo de que haga para es más bajo o más alto me parece que no es una pregunta conducente en el contexto porque no fue un proceso que no se hizo (...) PREGUNTA:- A ver, la paciente fue operada el veinticuatro de diciembre eh... presenta la complicación el cuatro, cinco de enero,

llega al Hospital Universitario Departamental el día seis de enero con exámenes, tenemos una imagen que reporta presencia de líquidos en abdomen, se realiza laparoscopia el día once de enero en donde se determina: bilioperitoneo aproximadamente mil quinientos centímetros cúbicos tejido blando en relación sobre el lecho quirúrgico, no es posible identificar vía biliar lo que da a entender que no se colocó... no se hizo la cirugía de sten ese día, dice que en esa ocasión se lava, se deja dren, se coloca bolsa de bogotán (sic) el post operatorio es evaluado y la paciente permanece estable, digamos que esa... ese lavado, el dren, la laparoscopia para el once de enero siendo que para el día seis de enero la paciente ya llegaba con una complicación con líquido libre ¿nos permite afirmar que ya había iniciado un proceso infeccioso? CONTESTO:- No necesariamente el líquido libre habla de una infección lo que sí es claro es que ese líquido podría venir de adentro de alguna... de algún sitio y lo lógico es que si fue operada en la vesícula y vía biliar fue en esa área, eso se corrobora por el hecho de encontrar bilioperitoneo que significa bilis en la cavidad abdominal, es un sitio donde no debería estar fisiológicamente, pero si me atengo a la pregunta eso per se eso no dice o no representa que pudiera ser una infección, el... la bilis en la cavidad abdominal puede producir una peritonitis química, pero no necesariamente infecciosa, no por gérmenes ¿no? De hecho los procedimientos que se hacen son tendientes a que no siga ocurriendo el escape por la fístula de ese material biliar sino que se pueda extraer hacia el medio externo a través de ese dren que usualmente lo hacen mediante un tubo en t que lo colocan en la vía biliar, la parte que si el sten o el tubo en t o el cierre, eso es muy técnico y eso sí debe hacerse la pregunta específicamente a los cirujanos (...) PREGUNTA:- Si usted en su especialidad médica nos puede comentar, ¿la peritonitis química puede producir una desestabilización hemodinámica en una paciente al punto de que pueda conllevar entre otra a una alza térmica? CONTESTO:- Es que son dos, dos procesos diferentes que en principio no tienen relación... cuando uno habla de alza térmica, fiebre, tienen que ir, si somos académicos a las... diría yo cinco mil, seis mil causas que son diferentes hay fiebres por ejemplo que son infecciosas y fiebres que no son infecciosas ¿cierto? Entonces si somos académicos en esa parte yo diría que no necesariamente el hecho de tener una peritonitis química está relacionada a un proceso infeccioso como tal, pero sí sabemos que todo el líquido que se acumula en el organismo tarde o temprano en el sitio se va a infectar, entonces sí es un factor de riesgo para desarrolla peritonitis bacteriana el hecho de tener peritonitis química (...) PREGUNTA: Doctor teniendo en cuenta que el tiempo de hospitalización de la paciente después de la cirugía dio esa respuesta satisfactoria con la tensión arterial como le había manifestado anteriormente, hasta el diecinueve de enero que presenta el paro ¿puede significar que todas las conductas médicas que se siguieron en la paciente tanto del drenaje percutáneo que se solicitó, de la cirugía con sospecha de fístula biliar y los demás procedimientos posteriores que ya se han mencionado, fueron adecuados? CONTESTO:- Ahí sí, yo sí tendría que ser claro con lo de revisar muy bien el proceso de atención después de la cirugía hasta el momento en que se presenta el paro y por parte institucional asegurar que la evolución sea adecuada, que la paciente esté hemodinámicamente estable, que no tiene fiebre, que no tiene taquicardia que no tiene ningún signo de que se hubiese complicado y que no se esperaba el paro cardiorrespiratorio, que por lo demás es una complicación muy frecuente de todo paciente hospitalizado, igualmente verificar que se haya hecho la tromboprofilaxis que es importante porque la embolia pulmonar es una de las causas importantes de muerte en un paciente hospitalario, de la misma forma que los electrolitos, el sodio, el potasio estén en límites normales porque una alteración de los electrolitos también puede producir un paro cardiorrespiratorio, es decir que se hayan tomado las precauciones después de la primera cirugía para evitar que sobrevenga un paro cardiorrespiratorio por cualquiera de las causas que se conocen se pueda presentar (...)

El médico internista del HUDN Guillermo Edmundo Delgado Meneses quien atendió a la paciente el día 6 de enero de 2012, respecto de la atención brindada dijo:

"(...)" ¿Qué le consta al respecto de estos hechos? CONTESTO:- La... primero hay que hacer la claridad que yo soy médico internista la patología como usted bien la acaba de narrar es una... eh... una... enfermedad que le compete directamente al servicio de cirugía general, la paciente estuvo al frente del servicio de cirugía general durante la gran mayoría de tiempo ya que era una enfermedad vuelvo y le repito netamente quirúrgica, ¿qué me constan? Las revisiones que se han hecho en la historia, las revisiones que se han hecho en las diferentes eh... papeles que me han llegado a través de las citaciones ¿qué puedo opinar yo? Es que es una complicación que se viene dando desde un nivel de menor complejidad en Puerto Asís Putumayo, donde hicieron una intervención con una evolución tórpida con posterior reingreso a la misma institución y con posterior remisión a un hospital de mayor complejidad como es el Hospital Departamental a la institución que llega... eh... en el momento que llega es abordada por el servicio de cirugía general en la especialidad que tiene que... que ser autónoma y con su formación académica que le compete de tomar una decisión muy propia de su especialidad... entonces... como se ve claramente, es una... es una... es una enfermedad que tiene su evolución dentro de un contexto estable que termina con un deceso de paro cardiorrespiratorio, eso puedo opinar de la historia clínica y de los documentos que tengo conocimiento (...) PREGUNTA:- ¿usted tuvo alguna... o intervino de pronto dentro del tratamiento o... que se le suministro a la paciente Claudia Patricia Gallego cuando estuvo hospitalizada hasta antes del paro cardiorrespiratorio? CONTESTO:- me imagino que debe haber una... una valoración por nuestra especialidad porque sí se inter consultó en algún momento se presentó cifras tensionales elevadas y muchas veces se hace la inter consulta formada a nuestra a nuestra especialidad (...) PREGUNTA:- Y por esas alzas térmicas ¿usted recuerda cuando... cuando revisó a la paciente Claudia Patricia Gallego? CONTESTO:- La verdad no lo recuerdo, soy claro en ese punto porque no tengo completamente el folio de la historia clínica, sería cuestión de empezarla a revisar (...) PREGUNTA:- En la historia clínica aparecen unas notas suyas doctor, del seis de marzo de dos mil doce, eh por eso ha sido llamado al despacho para su declaración, sírvase manifestar doctor, qué se debe hacer cuando un paciente presenta cifras tensionales elevadas o qué tratamiento médico se le debe brindar a este paciente. CONTESTO:- Teniendo en cuenta la... la evolución del paciente puede presentarse en algún momento por múltiples causas, pero la elevación de las cifras tensionales, pero son candidatas y único tratamiento que se puede ofrecer son anti hipertensivos orales o endovenosos, si las cifras no son considerablemente elevadas se ofrece un servicio de hospitalización, si ya pasan un rango con riesgo de peligro se hacen en una unidad de cuidados intensivos con anti hipertensivos endovenosos, o sea por la vena (...) PREGUNTA:- Teniendo en cuenta sus conocimientos en medicina interna, manifiéstele por favor a este despacho cuál es el protocolo médico que se debe seguir cuando un paciente presenta un paro cardiorrespiratorio. CONTESTO:- El paro cardiorrespiratorio... hay que hacer salvedad que es consecuencia de algún efecto de causas múltiples, el paro cardiorrespiratorio es una urgencia que debe ser atendida en cualquier servicio, llámese hospitalización, urgencias, unidad de cuidados intensivos, lo primero que se inicia es una reanimación cardio-cerebro-pulmonar, donde se hacen unas diferentes maniobras y se colocan unos medicamentos y con una posterior asistencia ventilatoria, ya sea por lo que nosotros conocemos como humo ambu o sea es emitirle oxígeno a través de una mascarita conectada a una fuente de oxígeno, o la otra cuando un paciente no se ha logrado estabilización se procede a hacer una intubación oral-traqueal o sea administrarle oxígeno a través de un tubo que va conectado directamente a la tráquea (...) PREGUNTA:- Un paciente que ha padecido un paro cardiorrespiratorio, ¿debe ser llevado a la unidad de cuidados intensivo?

CONTESTO:- Efectivamente, que se encuentra... que es... que ya pasa a ser estado crítico el cual debe recibir atención en unidad de cuidados intensivos para su posterior atención y hospitalización y siempre buscando una estabilización del mismo (...)

PREGUNTA:- manifiéstele doctor a este despacho, cuáles son las secuelas neurológicas que puede producir un paro cardiorrespiratorio en la salud de un paciente. CONTESTO:- Las secuelas de un paro cardiorrespiratorio pues, es claro que

la parada del corazón y el cese de la actividad del pulmón nos lleve a la desoxigenación de todos los órganos, existen unos órganos que son cien por ciento dependientes del oxígeno, en estos casos, el cerebro y el corazón de tal manera que si hay lesión al nivel del corazón o al nivel del cerebro o sea una desoxigenación, puede llevar, uno a una muerte de un paciente cuando se habla de una resucitación no exitosa, dos lo puede llevar a una desoxigenación del cerebro que puede ser parcial o total, puede llevarlo a una... la consecuencia final sería una hipoxia cerebral o sea una desoxigenación que puede terminar en un estado de coma, puede ser un estado de coma profundo o un estado de coma vigilia, o sea parcial y total, donde el paciente queda sin ninguna de las actividades neurológicas como para tener un desarrollo conductual, eh... dentro de las otras posibilidades que existan durante el periodo del paro cardiorrespiratorio puede ser: arritmias cardíacas dentro de las cuales las ventriculares son las más complicadas por desoxigenación cardíaca, que pueden terminar a la vez o evolucionar hacia una parada del corazón total o irreversible, ya las complicaciones al largo plazo después de haberse superado el evento agudo, ya puede ser un estado de postración con posibles procesos infecciosos a nivel de la cabeza, a nivel pulmonar, a nivel urinario, e inclusive hasta formación de úlceras a nivel del cuerpo en cualquiera de las áreas que se encuentren en contacto directo con el área que se encuentre postrada la paciente (...)

PREGUNTA:- Doctor, teniendo en cuenta que la paciente sigue recibiendo los servicios médicos en el hospital universitario, ¿sabe usted o conoce en cuál de los estados de coma que usted mencionó, profundo o parcial se encuentra ella en estos momentos? CONTESTO:-

Ella en estos momentos se encuentra en un estado de coma vigilia, o sea, lo que se llama... para entender la terminología un estado parcial donde la única respuesta que tiene es la apertura ocular, eh... algunos ciertos movimientos que son descoordinados y lógicamente que no le dan la suficiente... el suficiente sustento para desarrollar su vida dentro de un rango aceptable para las condiciones de ella, entonces el estado actual, es un estado de coma vigil que es el mismo que se ha venido dando durante el tiempo de su evolución, o sea que ella se encuentra en un estado de estacionamiento, en un estado vigil (...)

PREGUNTA:- Doctor, manifiéstele a este despacho, en un estado de coma vigil como el que dice se encuentra la paciente ¿qué cuidados médicos o qué tratamientos médicos se puede brindarle? CONTESTO:- Como lo

habíamos dicho ella se encuentra en un estado estacionado, en un estado vigil, los cuidados que se pueden dar son prácticamente cuidados que se le da al paciente, dentro del... ya sea en casa o ya sea en un ambiente intra hospitalario, ya son cuidados de mantenimiento, entonces, lo primero se atiende las necesidades básicas, dentro de las necesidades básicas está el aporte nutricional que se puede hacer a través de una sonda por la boca o por la nariz o directamente por el estómago por una sonda de gastrostomía, dos, hay que hacer los cambio de posición para evitar que la piel se ulcere, que la piel se dañe y se convierta en un foco infeccioso, entonces, estarla cambiando de posiciones en un periodo de dos a cuatro horas... tres estar pendiente de su parte respiratoria porque a veces no hay un buen reflejo tusígeno, que vaya a acumular secreciones a nivel de la vía aérea y nos lleve a una complicación, pues como es una parada respiratoria... dentro de las cosas que se puede ofrecerle a la paciente si está en un ambiente intra hospitalario, se le puede ofrecer terapias, terapias físicas,, como para evitar un des acondicionamiento físico más severo y tratar de preservar lo poco que tiene de su actividad y capacidad cerebral (...)

PREGUNTA:- Doctor Delgado, teniendo en cuenta sus conocimientos médicos y lo que se ha explicado por el despacho sobre de que la paciente llegó en un post operatorio de colecistectomía, ¿puede manifestar usted qué complicaciones se pueden presentar en

una colecistectomía? CONTESTO:- Como todo procedimiento en medicina y toda intervención tiene sus complicaciones, no existe medicamento inocuo, ni la total seguridad de que no va a ocurrirle algo al paciente durante las intervenciones, siempre, pues considerando que todo procedimiento que se hace, se hace con fines benéficos, benévolos, de mejorar y de permitir por lo menos una estabilización o si se puede un proceso de curación, dentro de las complicaciones más conocidas de colecistectomía pueden ser: uno dentro del proceso quirúrgico puede haber un sangrado, que puede comprometer, pérdida de sangre, pérdida de su volumen intra vascular y con posteriormente choque hipovolémico, dos, pueden haber procesos infecciosos, con los procesos infecciosos generalmente son por bacterias que se encuentran colonizando estas estructuras, en este caso pues serán más explícitas la vía biliar que incluye la vesícula, tres a veces hay procesos fistulosos, las fistulas son cuando hay ruptura o hay comunicación de un medio interno hacia la parte externa, ya sea la parte abdominal o ya sea a la parte externa, por fuera de la piel... y dentro de la más conocidas de mi especialidad son esas, entonces serían procesos hemorrágicos, sangrados, procesos infecciosos y procesos de liberación de bilis hacia un espacio externo lo que llamamos un a fístula (...) PREGUNTA:- ¿Puede ser una complicación de esta colecistectomía la sospecha de una pancreatitis? CONTESTO:- Tenemos que tener en cuenta que una de las principales causas para que el páncreas se inflame es la causa biliar, entonces, puede ser, puede tener relación con la intervención y con las enfermedades de base que ellas tenía por lo que se intervino a nivel de Putumayo (...) PREGUNTA:- ¿También puede tener como consecuencia esa pancreatitis la existencia de líquido biliar en el abdomen? CONTESTO:- Líquido, líquido biliar (...) PREGUNTA:- O la consecuencia de una fístula expulsando líquido biliar al interior del cuerpo. CONTESTO:- Líquido biliar no, lo que sí puede pasar es la exudación de líquido, líquido libre en una cavidad abdominal, todo lo que se inflama generalmente puede... los órganos que más normalmente se inflaman son la vesícula, el páncreas el hígado, órganos más femeninos como el útero y sus anexos o tumores al nivel de los intestinos pueden generarnos líquido libre en cavidad, que serían secundarios a una respuesta inflamatoria, sea infecciosa o no infecciosa, pero si hablamos específicamente de líquido biliar para contestar la pregunta, tiene que venir de un conducto de la vía biliar (...) PREGUNTA :- ¿Qué signos clínicos le muestran al médico la existencia de una complicación como la pancreatitis y qué exámenes o imágenes diagnósticas debe utilizar el médico para confirmar o descartar dicha complicación? CONTESTO:- La pancreatitis es una enfermedad que se caracteriza... una de las principales causas es el dolor abdominal que se inicia en la parte de la mitad del estómago, del abdomen perdón, para posteriormente irse a las partes posteriores de la región dorso lumbar, ese es un signo característico, después de... característico más no patognomónico, eso tenemos que tenerlo claro, porque existen diferentes enfermedades inflamatorias a nivel del abdomen que pueden ser simuladoras de un foco alterno inflamatorio o infeccioso, entonces, una vez se tiene una sospecha clínica, el siguiente paso es tomar un perfil pancreático que está basado en la toma de una amilasa o una lipasa cualquiera de las dos es un examen de sangre que se toma para confirmar si hay o no hay elevación de las mismas, si la duda persiste o no hay un diagnóstico claro, o esta amilasa o lipasa no nos determina la... o no nos confirma completamente la pancreatitis se puede se puede tomar un TAC el TAC de abdomen es una radiografía pues con mayor sensibilidad, con mayor especificidad, que nos hace ver cómo está anatómicamente el páncreas, si está inflamado o no, si tiene líquido o no, a sus periferias o inclusive tiene colecciones, entonces esos dos paraclínicos tanto en sangre como radiografía más la clínica serían los parales fundamentales para hacer un diagnóstico de un pancreatitis (...) PREGUNTA:- Se reprocha en la demanda que a la paciente no se le practicó una cirugía inmediata el seis de enero de dos mil doce, que llegó al hospital, teniendo en cuenta esta sospecha de pancreatitis que se encuentra en la historia clínica, ¿se podía hacer dicha operación sin descartar este diagnóstico? CONTESTO:- No, lo que pasa es que la pancreatitis en primera instancia no es una enfermedad quirúrgica, ¿Cuándo

se opera una pakeatitit? Cuando usted ha documentado que existen colecciones o infecciones dentro o fuera del páncreas, ahí se convierte en una patología quirúrgica, sino el manejo de una pancreatitis es de un manejo conservador, protege el estómago, pone líquidos y espera respuesta al tratamiento (...) PREGUNTA:- Teniendo en cuenta sus conocimientos médicos doctor, manifiéstele al despacho ¿qué le indica un murphy-positivo? CONTESTO:- Un Murphy positivo dentro de los conocimientos etiológicos (SIC) que tiene todo médico dentro de su formación académica es el dolor que se despierta a nivel del hipocondrio derecho, o sea para ser más claros por debajo de las costillas en los arcos costales inferiores derechos, se despierta al hacer una presión profunda en inspiración, lógicamente que este dolor va a ser positivo siempre y cuando haya una vesícula inflamada que está produciendo el signo desde un punto de vista clínico, todo esto son maniobras clínicas (...) PREGUNTA:- Doctor Delgado manifiéstele a este despacho dados sus conocimientos médicos cuándo una paciente debe ser llevada de urgencias en un post operatorio de colecistectomía como el que ella presentó. CONTESTO:- Las indicaciones urgentes para llevar a una paciente es, uno que se sospeche que haya un sangrado que esté desestabilizando desde un punto de vista hemodinámico del paciente que sea que la paciente esté caído la presión, y lógicamente esté compensando con el corazón aumentando su frecuencia o disminuyéndola ella cuando está en un proceso final, dos que haya un proceso infeccioso, un proceso infeccioso claramente desde un punto de vista clínico y para clínico y la tercera, la tercera implicación por la cual debe ser llevada urgente fuese para ser más claro es que haya un abdomen agudo, hay que entender que un abdomen agudo es una emergencia quirúrgica, ¿cómo se define un abdomen agudo? Pues un paciente que tiene un dolor abdominal intenso, incapacitante, severo, con signos de irritación peritoneal, entonces, eso, si tiene un abdomen clínicamente agudo, si tiene signos de sangrado y si tiene signos inflamatorios infecciosos se convierte en una urgencia para operar a la paciente (...) PREGUNTA:- Doctor delgado, me permito, si el despacho me lo permite, mostrarle el folio 73, en donde se encuentra la remisión que se hizo del hospital para que usted nos manifieste por favor si estos signos de urgencia para operar se presentaban en la paciente o no. CONTESTO:- Pues, basados aquí en la historia clínica al ingreso al servicio del hospital departamental como podemos ver dice que es claramente un cuadro de tres días de evolución, el abdomen agudo se caracteriza por tener menor tiempo de aparición... se encuentra aparte de eso cursa con vómito y cusa con deposiciones diarreicas, con el antecedente lógicamente de siete días de haber sido intervenido... al examen físico se encuentra con una paciente estable, desde el punto de vista hemodinámico con una tensión arterial de 170- 30, una frecuencia cardiaca de 80, una respiratoria de 18 y una temperatura de 36, con una saturación de noventa, estos signos vitales son completamente normales, que los podía tener una paciente normal y al examen físico, dentro de lo que destacan es que es una paciente consiente, orientada, afebril, cardiopulmonar sin déficit, abdomen blando, distendido con abundante panículo adiposo, dolor a la palpación generalizado, Murphy positivo, donde llama la atención es que destaca que no haya signos de irritación peritoneal como para que hagan pensar que se debe llevar urgente a una cirugía con fines diagnósticos y terapéuticos, esto basado en la historia del ingreso a nuestro hospital. Entonces ¿qué puedo concluir? Que en estos momentos era una paciente en condición estable que ameritaba la valoración por la especialidad quirúrgica para definir la premura de operar ya o ampliar estudios en búsqueda de otros diagnósticos diferenciales por los cuales este cursando la señora.(...) PREGUNTA:- Doctor Delgado, en evolución de la historia clínica del trece de enero de dos mil doce se establece que la paciente reporta sin sirs, sin síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, ¿qué le indica eso al médico que la evoluciona? CONTESTO:- ¿Sin o con signos dice? (...) PREGUNTA:- Sirs. CONTESTO:- ¿Sirs?... Cuando se habla dentro de los conceptos médicos que manejamos nosotros el sirs son: signos de respuesta inflamatoria sistémica, si dice sin sirs es porque no hay fiebre, no hay taquicardia, está respirando... o sea no está aumentado el ritmo cardiaco, no está aumentado la frecuencia respiratoria, ni hay

signos como leucocitosis que nos hablan de que haya una respuesta inflamatoria activa, eso traduce sin sirs, o sea que hablando clínicamente sería una paciente en condición estable que puede hablarnos de que no hay infección o que si tenemos una infección la infección está siendo controlada (...) PREGUNTA:- Manifiéstele por favor a este despacho qué significa una fístula biliar por dehiscencia de muñón cístico y peritonitis secundaria. CONTESTO:- Fístula es, dentro de la terminología médica, es cuando se... se pone en comunicación un ambiente interno hacia afuera, hacia la parte externa, en estos casos sería en el lugar donde se extrajo la vesícula, hubo un dehiscencia, dehiscencia (sic) es que se hayan desatado, que se hayan perdido las suturas que se hizo para garantizar pues lógicamente el cierre de ésta cavidad entonces al desatarse eso se pone en contacto la vía biliar o sea un ambiente interno hacia la parte de afuera, o sea en estos casos sería la parte peritoneal que sería la parte más cercana hacia donde drenaría la bilis (...) PREGUNTA:- Doctor Delgado esa dehiscencia de muñón o que se hayan desatado como usted nos los explicó ¿se puede producir después de la colecistectomía realizada y en qué tiempo... hay algún tiempo en que esto se puede producir o puede ser súbito? CONTESTO:- Lo más común es que se produzca después del actor quirúrgico agudo porque si el cirujano en el momento en el que está interviniendo viese alguna fuga o viese que la sutura deshaciendo entonces toma una conducta directa en el acto quirúrgico, en el intra operatorio, entonces ya en el momento en que ellos miran en el acto quirúrgico de que no existe ninguna fuga, ellos dan por cerrada la... el conducto que quedó abierto, cierran toda la cavidad abdominal, considerando que es un tratamiento exitoso, que me imagino que este es el caso, que se puede llevar a una dehiscencia en días posteriores, claro que si se puede llevar, generalmente la mayoría de dehiscencias ocurren de 48 a 72 horas, en tiempos superiores no se lo sabría decir porque se escapa de mi especialidad, porque no se lo podría conceptualizar, sería un concepto más de cirujano que de internista (...) Bueno, vamos por partes, la señorita abogada me dice que digo que era un estado normal, no estoy diciendo que sea un estado normal, tengo que ser claro, estoy hablando de un estado estable de una enfermedad, entonces, una cosa es una enfermedad, porque si fuera una paciente normal, no tiene ni porqué consultar ni porqué ser remitida a nuestra institución (...) PREGUNTA:- A ver usted nos hablaba de que era un estado sin sirs. CONTESTO:- Exacto, es un estado estable dentro de una enfermedad que se viene sospechando, que se escapa de un segundo nivel, para ser manejada por un tercer nivel con las diferentes especialidades que ponen en mención, entonces ¿cuándo se opera a un paciente? eso sí lo puedo contestar yo, se opera a un paciente, cuando se tiene la certeza clínica y paraclínica que el paciente se beneficia del procedimiento, no se debe operar a todos los pacientes porque si operamos un paciente que no tenemos la seguridad de lo que vamos a hacer, estamos exponiendo a mayor riesgo que beneficio, quien debía decir en eso momentos si era para operarla o no, era el cirujano que estaba haciendo la intervención y el abordaje que, como lo puedo ver en la historia clínica, que la primera interconsulta fue a cirugía, entonces él es la persona más idónea para definir esa conducta (...) PREGUNTA:- Quiero que nos explique, de acuerdo al folio 73 del expediente, que tuvo la ocasión de revisar, y se determinan los síntomas y signos con los que llegó la paciente remitida el seis de enero al Hospital Departamental, de acuerdo a esos síntomas que presentaba la paciente, se adopta una conducta por el departamento de cirugía, según historia clínica, de valoración, solicitud de laboratorios, ecografía y TAC, exámenes, estos últimos, que responden... que establecen la presencia de líquido libre. Sírvase manifestar si de acuerdo con esa sintomatología con la paciente, ésta conducta que se tomó por el departamento de cirugía ¿fue la adecuada? CONTESTO:- Tenemos que tener en cuenta que es una paciente que ya viene de un nivel de menor complejidad, a quien ya se le había realizado una intervención quirúrgica, cuando le llega a cualquier médico, llámese médico general o médico especialista, el médico tiene que tener una conducta y un plan a seguir, uno no puede tomar una conducta que le dicte otro médico, lo que le digo, sea médico general o médico especialista, sin haber valorado objetivamente al

paciente, porque una cosa es una impresión diagnóstica, otra cosa es un diagnóstico ya definitivo, con el cual uno va a empezar a trabajar y a tomar una conducta, en estos casos si es o no es quirúrgica, entonces lo primero que hay que hacer como todo médico actuar, reevaluar al paciente, y tomar clínicas y ayudas paraclínicas para poder así definir, si la impresión con la que nos la mandan es la adecuada o existen otras posibilidades por las cuales este debutando el paciente (...) PREGUNTA:- En la cirugía practicada el once de enero, al interior del Hospital Departamental, se establece una sospecha de fístula biliar, sírvase manifestar desde su conocimiento especializado y experiencia de la misma forma, ¿cuáles pueden ser las causas de esta fístula biliar. CONTESTO:- Como había mencionado anteriormente una de las complicaciones de esta cirugía, una puede ser ella, la más clara, puede ser, la otra puede ser que haya un proceso infeccioso que facilitó la dehiscencia de las suturas con posterior hacia el peritoneo o hacia un lugar diferente por donde corre, que es la vía biliar (...) PREGUNTA: La paciente, al interior del hospital el 19 de enero sufre un paro cardiorrespiratorio, sírvase manifestar si teniendo en cuenta la historia clínica, a partir del once de enero en que se realiza la cirugía y se sospecha fístula biliar, la paciente continua en una evolución satisfactoria, sin signos de irritación peritoneal, como usted lo manifestó anteriormente, sírvase manifestar desde su conocimiento, si ese paro cardiorrespiratorio puede tener alguna relación directa con la vía biliar, con la fístula biliar o con el tratamiento dado al interior del hospital. CONTESTO:- En este caso, el paro cardiorrespiratorio es una consecuencia de algo, o sea lo que ocurre después de, ¿qué pasó? Un paro cardiorrespiratorio es imprevisible ¿por qué? Porque en una paciente que ha venido con una intervención quirúrgica complicada, en una paciente que ha estado hospitalizada, en una paciente que ha estado expuesta a diferentes medicamentos, entonces, puede ser, puede ser, aclaro, puede ser, de múltiples causas, puede perfectamente, los pacientes hospitalizados pueden hacer arritmias cardíacas, no lo sabemos si este fue el caso, no tenemos el soporte suficiente, puede haber formado un trombo al nivel de las piernas, que puede posteriormente haber migrado hacia el corazón y el pulmón y formar lo que se llama un trombo embolismo pulmonar, puede ser una complicación infecciosa... entonces esas son las probabilidades, vuelvo y repito, el paro cardiorrespiratorio es consecuencia de algo, si uno pudiese prever un paro cardiorrespiratorio, tendríamos que tener a la gran mayoría de nuestros pacientes en unidad de cuidados intensivos, entonces, no sabemos cuál va a desarrollar, lo podemos estimar, más no podemos con certeza llegar a decir: éste paciente nos va a hacer paro cardiorrespiratorio por esta causa, ¿Por qué? Porque los pacientes hospitalizados son muy oscilantes, muy cambiantes en el diario evolucionar, en nuestros hospitales (...) PREGUNTA LA SEÑORA JUEZ:- Un alza tensional, ¿puede ser sugestiva o puede conducir a un paro cardiorrespiratorio? CONTESTO:- Un alza tensional por sí sola no puede llevarlo a un paro cardiorrespiratorio, lo puede llevar a hacer un infarto agudo del miocardio, y con posterior paro cardiorrespiratorio o lo puede llevar a hacer un trombo al nivel de la cabeza, lo que nosotros llamamos una enfermedad cerebro vascular con posterior de paro cardiorrespiratorio, entonces las cifras tensionales llevarían a una disfunción de un órgano del cuerpo que posteriormente evolucionaría hacia un paro cardiorrespiratorio (...) PREGUNTA:- Doctor, de acuerdo a la clínica de la paciente al ingreso al hospital departamental y los posteriores tratamientos que se le ofrecieron, como el drenaje percutáneo, ¿era viable en ese tiempo antes del once de enero, determinar la posibilidad de una fístula biliar o solamente se podía hacerlo mediante cirugía como se hizo en este caso? CONTESTO:- Este concepto que se maneja es más de concepto quirúrgico, entonces, evitaría u omitiría dar una respuesta porque no va a ser una respuesta que viene de primera mano de la especialidad que a mí me compete, yo opino que en estos momentos la pregunta debe ser trasladada a un médico cirujano (...) PREGUNTA:- Doctor, desde su especialidad, ¿desde cuándo y durante cuánto tiempo usted ha atendido a la paciente? CONTESTO:- La paciente lógicamente que has estado en nuestro servicio de medicina interna, donde yo soy el coordinador él, es una pacientica donde ya prácticamente se han venido manejando

desde el inicio de la enfermedad, sus complicaciones, dentro de la cuales ha sido múltiples procesos infecciosos, en los cuales yo he intervenido para el manejo y el uso de antibióticos, el resto ha estado en manejo pues por el servicio de medicina general y servicio de auxiliares y enfermería superior, tratando las complicaciones adherentes al evento que tuvo ella en estos momentos, manejar un estado de coma vigil. La paciente... el tiempo aproximado creo que oscila entre cuatro y cinco años si no me fallan las cuentas, que es el tiempo que ha permanecido ciento por ciento en mi servicio de medicina interna (...) PREGUNTA:- Sírvase manifestar, si tiene usted conocimiento de, si durante todo este tiempo que ha estado en el servicio de UCI a su cargo, ¿a la paciente se le ha negado, se le ha retardado, se ha omitido algún tratamiento que ella requiera por parte de la EPS COOMEVA? CONTESTO:- Que tenga conocimiento, no ha habido dentro de los procedimientos solicitados por mi especialidad (...) PREGUNTA:- ¿Una fuga de líquido biliar por la fístula, de la que estamos hablando en la paciente, pudo conllevar a un proceso infeccioso? CONTESTO:- (...) La fuga de un líquido biliar, sí lo puede llevar lógicamente, sabemos que la bilis tiene unos espacios adecuados para transitar a través de la vía biliar desde el hígado hasta el intestino, una fuga al espacio externo lo puede llevar a un proceso... lo primero que ocurre es un proceso inflamatorio, con posibilidades de existir un proceso infeccioso (...) PREGUNTA:- Ese proceso inflamatorio para luego conllevar a un proceso infeccioso, ¿puede llevar a un alza de la tensión arterial de un paciente? máximo si se tiene en cuenta que ese paciente padece hipertensión arterial CONTESTO:- La liberación de líquido a un espacio diferente produce una inflamación, la inflamación produce dolor, una sensación de dolor en una persona, con o sin hipertensión le puede llevar a una elevación ¿Por qué? Porque es una respuesta refleja a la inflamación y dolor, que perfectamente se puede manifestar con cifras tensionales controlables o incontrolables (...)”

SIN VALOR PROBATORIO

El Instituto de Medicina Legal y Ciencias forenses valoró la historia clínica de la señora CLAUDIA PATRICIA GALLEGUO QUINTERO (folios 443 a 444 C 1) sin que compareciera el médico perito a la audiencia de ratificación del dictamen, por lo cual no puede ser tenido en cuenta, de conformidad con lo establecido en el art. 228 del CGP.

Problema Jurídico:

¿Establecer si la atención médica hospitalaria prohienda por las entidades demandadas, fue oportuna y ajustada a la lex artis; o si, se desprende del acervo probatorio relación causal entre el servicio médico prestado y el daño cuya reparación se demanda, consistente en la afectación al derecho a la salud causado a la señora CLAUDIA PATRICIA GALLEGUO QUINTERO quien padece de encefalopatía hipóxica isquémica, coma vigil y falla renal crónica reagudizada?

Tesis del Despacho:

Para este Despacho no hay lugar a responsabilizar a las entidades demandadas como quiera que no se probó que la afectación a la salud padecida por la señora CLAUDIA PATRICIA GALLEGUO se viera agravada por la falta de diagnóstico

oportuno o de atención médica eficaz de parte de la entidad demanda HUDN, de conformidad con los siguientes argumentos:

1) El Daño: Entendido como una lesión a un derecho que implica un quebranto económico.

Se acreditó dentro del proceso que la señora CLAUDIA PATRICIA GALLEGO, luego de habersele practicado una colecistectomía abierta y de recibir tratamiento médico hospitalario por más de 13 días en el HUDN, presentó dos paros cardiorespiratorios que la mantienen hospitalizada con un diagnóstico de encefalopatía hipoxica isquémica, coma vigil y falla renal crónica reagudizada, con un 90.85% de pérdida de capacidad laboral.

2) La imputación del daño: Entendida como la atribución jurídica de un daño a una entidad pública.

La señora CLAUDIA PATRICIA GALLEGO ingresó por remisión al HUDN el 6 de enero de 2012 entidad en la que permanece hospitalizada. Sin embargo, no se encuentra acreditado que el daño padecido sea consecuencia directa de una falla en el servicio imputable a la entidad hospitalaria, ni a las demandadas COOMEVA EPS y CAPRECOM.

3) El Fundamento de la Responsabilidad: Entendido como el título de imputación de un daño o una entidad pública, dentro del que se encuentran los regímenes de responsabilidad por falla en el servicio, en sus modalidades de probada y presunta, o por alguna de las teorías de la responsabilidad objetiva reconocidas jurisprudencialmente por riesgo excepcional o por daño especial, y por la ocupación temporal o permanente de inmueble por causa de trabajos públicos o por cualquier otra causa.

En materia de responsabilidad por falla médica, la jurisprudencia del Consejo de Estado ha sido variable en su tratamiento. En principio aplicó el régimen de falla probada, donde la carga de la prueba de los elementos de la responsabilidad se encontraba en cabeza del demandante, en aplicación del artículo 177 del Código de Procedimiento Civil. A partir del año 1992 aplicó el régimen de falla presunta que implica la inversión de la carga de la prueba de la diligencia al demandado, no obstante el demandante debe probar el supuesto de hecho que desata la presunción, es decir, la existencia del daño, y el nexo con el servicio. Probados dichos elementos, se presume la falla en el servicio por parte del Estado, correspondiéndole a éste demostrar probatoriamente que no hubo falla del servicio, es decir, que obró con diligencia en su obligación de medio, es decir, en la prestación del servicio médico.

A partir de la Sentencia del 10 de febrero de 2006, Expediente 11.878, se vuelve nuevamente a la regla general de falla probada, no obstante, en casos de mayor complejidad en los que los hechos indiquen una carga excesiva, o extraordinariamente difícil o imposible para el demandante, y en consecuencia aparezca una mayor facilidad probatoria en la parte demandada, en aplicación del principio de equidad contemplado en el artículo 230 de la Constitución Política, puede invertirse la carga de la prueba en cabeza de la entidad demandada (cargas dinámicas).

En efecto, en Sentencia del 11 de mayo de 2006 con ponencia del Dr. Ramiro Saavedra Becerra, dentro del expediente No. 14.400 dijo:

“Específicamente sobre el tema de la responsabilidad por la prestación de servicios de salud a cargo de la Administración Pública, se observa que el mismo ha sufrido varias modificaciones a lo largo de los años, puesto que inicialmente, se manejó con fundamento en el régimen de la falla probada tanto el daño proveniente del deficiente funcionamiento de los servicios médico asistenciales como el causado por actos médicos propiamente dichos, hasta que en 1992 la jurisprudencia de la Sala consideró que no podía dárseles el mismo tratamiento, teniendo en cuenta la complejidad que envolvía a los actos médicos y las dificultades que implicaba para los pacientes desde el punto de vista probatorio, el acreditarlos daños causados con ellos.

Por esta razón, mientras la responsabilidad por la atención hospitalaria y asistencial siguió rigiéndose por la falla probada del servicio, que exige acreditar los tres elementos constitutivos de la misma, cuando se tratara de establecer una responsabilidad médica, o sea aquella en la que interviene la actuación del profesional de la medicina en materias tales como diagnóstico, tratamiento, procedimientos quirúrgicos, etc. etc. en los que está en juego la aplicación de los conocimientos científicos y técnicos de la ciencia de la medicina, la jurisprudencia asumió la inversión de la carga de la prueba respecto del elemento “falla”, presumiendo su existencia y radicando en cabeza del demandante únicamente la carga de probar el daño y su nexo con el servicio; acreditados estos dos elementos de la responsabilidad, le correspondía a la entidad demandada para exonerarse de la misma, la obligación de acreditar que su actuación fue oportuna, prudente, diligente, con pericia, es decir, que no hubo falla del servicio, o romper el nexo causal, mediante la acreditación de una causa extraña, como lo son la fuerza mayor, la culpa exclusiva de la víctima o el hecho también exclusivo y determinante de un tercero¹; este fue el régimen conocido como de la falla del servicio presunta.”

“Esta solución surge en aquellos casos en los cuales, por las particulares circunstancias en las que se produce el hecho dañoso, es la entidad demandada quien está en mejores condiciones de aportar la prueba; por ejemplo, cuando se aduce que el daño provino de una intervención quirúrgica, a la cual desde luego quienes tienen acceso y conocen todas sus incidencias, son precisamente los profesionales que la practicaron, mientras que el paciente o los parientes de éste, se hallan en imposibilidad de aportar las pruebas necesarias para acreditar la falla que se pudiera haber presentado por desconocer tanto la ciencia, como las incidencias mismas del procedimiento”²

En sentencia del 10 de febrero de 2000, Expediente 11.878, la Sala consideró que la aplicación en términos tan definitivos del principio de las cargas probatorias dinámicas, tal y como se venía manejando por la jurisprudencia, podía conducir a desvirtuar su propio fundamento, porque existían casos en los cuales “...los hechos y circunstancias relevantes para establecer si las entidades públicas obraron debidamente...” no tenían implicaciones técnicas o científicas, estando el paciente en mejores condiciones para probarlos, por lo cual lo procedente era que él lo hiciera y no que también en estos casos se invirtiera la carga de la prueba, porque precisamente en eso era que consistía la mencionada teoría de las cargas probatorias dinámicas.

¹ Sentencia del 30 de julio de 1992, expediente 6897. Actor: Gustavo Eduardo Ramírez.

² Sentencia del 14 de diciembre de 2004; expediente: 12830. Actor: Libardo Garcés y/o M.P. Ramiro Saavedra Becerra.

Al respecto, en Sentencia del 1° de julio de 2004³, dijo la Sala:

“Así las cosas, se concluye que la demostración de la falla en la prestación del servicio médico asistencial será carga de la parte demandante, a menos que aquélla resulte extraordinariamente difícil o prácticamente imposible y dicha carga se torne, entonces, excesiva. Sólo en este evento y de manera excepcional, será procedente la inversión del deber probatorio, previa la inaplicación del artículo 177 del Código de Procedimiento Civil -que obligaría a la parte actora a probar siempre el incumplimiento por el demandado de su deber de prestar debidamente el servicio mencionado-, por resultar la regla en él contenida, en el caso concreto, contraria a la equidad, prevista en el artículo 230 de la Constitución Política como criterio auxiliar de la actividad judicial.”⁴

Y en Sentencia del 13 de julio de 2005⁵, acotó:

“Quiere decir lo anterior, que la Sala retomó el régimen jurídico probatorio aplicable en materia contencioso administrativa, teniendo en cuenta para ello que de acuerdo con lo estipulado en el artículo 168 del Código Contencioso Administrativo, “En los procesos ante la jurisdicción en lo contencioso administrativo se aplicarán en cuanto resulten compatibles con las normas de este Código, las del Procedimiento Civil en lo Sentencia del 30 de julio de 1992, Expediente 6897. Actor: Gustavo Eduardo Ramírez 2Sentencia del 14 de diciembre de 2004; Expediente: 12.830. Actor: Libardo Garcés y/o. M.P.: Ramiro Saavedra Becerra relacionado con la admisibilidad de los medios de prueba, forma de practicarlas y criterios de valoración”.

Específicamente sobre el deber de probar los hechos fundamentales del proceso, el artículo 177 del C.P.C. establece que “Incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen”, consagrando así el principio de la carga de la prueba, según el cual, al demandante le corresponde acreditar los hechos en los cuales edifica sus pretensiones.

De acuerdo con lo anterior, aún tratándose de la responsabilidad extracontractual del Estado derivada de una actividad médico asistencial a su cargo, cuando se demande buscando la indemnización de perjuicios que según la víctima del daño se produjeron con ocasión de una actuación u omisión atribuible a autoridades o entidades médicas y hospitalarias estatales, por actos médicos o asistenciales, en principio le corresponderá al interesado probar los extremos de tal responsabilidad; es decir, la existencia del daño antijurídico, y su imputabilidad a la parte demandada.

Dicha exigencia legal en materia probatoria, se ve morigerada en aquellos casos en los cuales, por razones de equidad, deba ser la entidad demandada quien asuma la carga probatoria, porque en razón de las especiales características del hecho a acreditar a ella le resulte más fácil aportar los medios de prueba mientras que para el demandante representaría una carga excesiva, como sucede por ejemplo, con las incidencias de los procedimientos quirúrgicos, que se adelantan a puerta cerrada en salas a las que sólo ingresa el personal autorizado y el paciente que será sometido a cirugía, y que por la misma razón no está en condiciones de enterarse de nada de lo que allí suceda”.

³ Expediente 14696. Mp. Alier Hernandez E.

⁴ Sobre la aplicación de la equidad como criterio auxiliar de la actividad judicial, que permite la corrección de la ley, para evitar una consecuencia injusta no prevista por el legislador, ver sentencias de la Corte Constitucional C-1547 de 2000 y SU- 837 de 2002.

⁵ Expediente 13.542 (R-1243). Actor: Angela Patricia Gómez y/o; M.P.: Ramiro Saavedra Becerra

*Con relación al nexo causal entre el daño y la actividad de la Administración, también ha reiterado la Sala que el mismo debe aparecer debidamente acreditado puesto que el mismo no se presume, aunque en reconocimiento de la dificultad que surge en no pocas ocasiones para lograr tal prueba, por los elementos de carácter científico que pueden estar involucrados y que resultan de difícil comprensión y demostración por parte del interesado, se admite para ello "...que la demostración de la causalidad se realice de manera indiciaria, siempre que, dadas las circunstancias del caso, resulte muy difícil -si no imposible- para el demandante, la prueba directa de los hechos que permiten estructurar ese elemento de la obligación de indemnizar"*⁶.

Queda claro entonces, que en la medida en que el demandante alegue que existió una falla del servicio médico asistencial que produjo el daño antijurídico por el cual reclama indemnización, como sucede en el sub-lite, deberá en principio, acreditar los tres extremos de la misma: la falla propiamente dicha, el daño antijurídico y el nexo de causalidad entre aquella y ésta, por lo cual, resulta procedente ahora, analizar cuáles hechos fueron probados en el presente caso. "

Dadas las condiciones fácticas del caso, este se estudiara bajo los postulados de la falla probada bajo la cual la sola intervención -actuación u omisión- de la prestación médica no es suficiente para imputar al Estado los daños que sufran quienes requieran esa prestación, sino que es necesario que se encuentre acreditado que la misma fue constitutiva de una falla del servicio y que dicha falla fue causa eficiente del daño.⁷

En el presente caso los demandantes reprochan la indebida atención médica brindada a la señora CLAUDIA PATRICIA GALLEG0, en tanto que son tres los equívocos médicos que se atribuyen a los entes demandados, especialmente a la atención brindada por el HUDN: i) se señala que la misma fue negligente, por cuanto incurrió en "*voluntaria omisión de diligencia en calcular las consecuencias posibles y previsibles del propio hecho*" al desconocer desde el ingreso a la institución que presentaba un diagnóstico de líquido libre en la cavidad abdominal que desencadenó la sepsis y los dos paros cardiorespiratorios que sufrió, ii) se arguye error en el diagnóstico o diagnóstico tardío, por la mala interpretación a los exámenes practicados a la paciente especialmente el TAC, lo cual dio lugar al agravamiento de la enfermedad y posteriores padecimientos (error en el diagnóstico/diagnóstico tardío), y finalmente se alega que iii) el tratamiento para superar la enfermedad, no fue el adecuado al desencadenar los dos paros cardíacos que la mantienen en el estado de coma vigil.

A juicio de esta judicatura y de conformidad con los hechos probados a los entes demandados no les asiste responsabilidad patrimonial por el actual estado de salud de la demandante, toda vez que, si bien dicha persona recibe atención médica por parte del Hospital Departamental de Nariño, derivado de su afiliación a la EPS COOMEVA, lo cierto es que no se encontró prueba de que tales actuaciones fueran inadecuadas o tardías.

En efecto, la paciente ingresó al centro hospitalario HUDN el día 6 de enero de 2012 con un diagnóstico de remisión del Hospital San Francisco de Asís (P), el

⁶ Sentencia de 14 de junio de 2001. Expediente 11901.

⁷ 8 Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia del 23 de junio de 2010, exp. 19.101 C.P. Ruth Stella Correa Palacio.

cual señalaba que luego de haber sido intervenida el 24 de diciembre de 2011, por una colecistitis aguda por calculo enclavado, reingresó al servicio de urgencias presentando dolor en el estómago, un síndrome icterico secundario, una coledocolitiasis residual y una posible colangitis; al respecto, señalan los demandantes que la entidad medica HUDN al recibir a la paciente realizó nuevamente exámenes con el fin de emitir su propio diagnóstico, los cuales fueron consonantes con las patologías inicialmente diagnosticadas; sin embargo, retrasaron el inicio de procedimientos médicos.

Respecto de este hecho se encuentra que en efecto, la importancia del diagnóstico radica en que a partir del mismo se plantea el tratamiento a seguir, de manera que una equivocación cometida en esta etapa, la mayoría de las veces tiene como consecuencia también un error en el tratamiento; sin embargo, contrario a los señalado por los demandantes, en esta jurisdicción se ha condenado por falla del servicio cuando la entidad no agota los recursos científicos y técnicos a su alcance para establecer un diagnóstico definitivo, comoquiera que en algunos casos el diagnóstico no puede arrojar resultados exactos, se hace necesario practicar estudios y exámenes complementarios, lo cual justifica la actitud de la entidad de demandada, pues no se le puede reprochar el no acatamiento de una remisión proveniente de una entidad de inferior nivel, cuando la entidad de tercer nivel está en mejores condiciones técnicas de utilizar todos los medios que tiene a disposición en la comprobación del diagnóstico, como fue lo que efectivamente sucedió.

Así pues, una vez ingreso la demandante a la institución HUDN quedo probado que sus condiciones clínicas eran estables y permitían realizarle exámenes diagnósticos; de esta forma, fue valorada el mismo día que ingreso a la institución médica, por el área de cirugía y le fueron tomados laboratorios y una ecografía hepatobiliar, la cual arrojó un resultado parcialmente disímil al de la remisión, en tanto que indicaba que la paciente no mostraba un cálculo en el colédoco, ni signos de colangitis, pero confirmó que reportaba líquido libre en la cavidad colédoco de 3mm y tinte subicterico. Entonces para este Despacho, el proceso de ayuda diagnostico aparte de ser obligatorio, en este caso fue eficaz y sirvió para descartar posibles patologías que hubieran desencadenado en otro tipo de tratamiento.

El Honorable Consejo de Estado en reciente pronunciamiento al establecer los parámetros establecidos frente al diagnóstico médico preciso lo siguiente:⁸

[...] la doctrina jurídica especializada⁹ utilizada por el órgano de cierre en múltiples ocasiones¹⁰, ha señalado que el diagnóstico es uno de los principales momentos de la asistencia médica, pues a partir de sus resultados se elabora la historia clínica del

⁸ . Sentencia del 9 de mayo de 2013. Radicado nº 850013331701-2010-00081-01. M.P.: Carlos Alberto Hernández. Reiteración en sentencia del 22 de mayo de 2014, radicado 850013331002-2012-00096-01, ponente: Néstor Trujillo González.

⁹ R. Vázquez Ferreira, *Daños y perjuicios en el ejercicio de la medicina*, Hammurabi José Luis Depalma, 2 ed. Buenos Aires, 2002, p. 106 – 107

¹⁰ C.E. Sala de lo Contencioso Administrativo - Sección Tercera. Sentencia doce (12) de febrero dos mil nueve (2009). Bogotá D.C. M.P: RAMIRO SAAVEDRA BECERRA. Reparación directa; Rad. 25000-23-26-000-1994-00175-01(16147).

paciente y toda la actividad posterior conocida como tratamiento; así lo estableció: "...el diagnóstico es uno de los principales momentos de la actividad médica, pues a partir de sus resultados se elabora toda la actividad posterior conocida como tratamiento propiamente dicho. (...) El diagnóstico... puede descomponerse en dos tipos de actuaciones... En una primera etapa, o fase previa, se realiza la exploración del paciente, esto es, el examen o reconocimiento del presunto enfermo. Aquí entra todo el conjunto de tareas que realiza el profesional y que comienza con un simple interrogatorio, tanto del paciente como de quienes lo acompañan, y que van hasta las pruebas y análisis más sofisticados, tales como palpación, auscultación, tomografía, radiografías, olfatación, etcétera. Aquí el profesional debe agotar en la medida de lo posible el conjunto de pruebas que lo lleven a un diagnóstico acertado. Tomar esta actividad a la ligera, olvidando prácticas elementales, es lo que en más de una oportunidad ha llevado a una condena por daños y perjuicios. En una segunda etapa, una vez recogidos todos los datos obtenidos en el proceso anterior, corresponde el análisis de los mismos y su interpretación, "coordinándolos y relacionándolos entre sí, siendo también precisa su comparación y contraste con los diversos cuadros patológicos ya conocidos por la ciencia médica; es decir, se trata, en suma, una vez efectuadas las correspondientes valoraciones de emitir un juicio." (Subrayado fuera de texto).

Debe recordarse que para que opere la responsabilidad patrimonial del Estado, en el plano médico-hospitalario, la parte actora no se puede limitar a la demostración del daño antijurídico, esto es, la lesión a un derecho o interés jurídicamente legítimo que la persona no está en la obligación de soportar, sino que es requisito sine qua non, la verificación de la imputación material del resultado, lo cual se puede efectuar a través de plena prueba, mediante indicios o demás pruebas.

De esta forma y para valorar los otros dos señalamientos planteados, de error en el diagnóstico e indebido tratamiento, no se puede pasar por alto la inexistencia de dictamen pericial y la ausencia de declaración de los médicos cirujanos que intervinieron en el procedimiento, pues aunque se cuenta con la declaración rendida por los Doctores Marco Antonio Solarte Portilla y Guillermo Edmundo Delgado Meneses, ellos mismos indicaron que no eran especializados en la materia, habida cuenta de ser médicos internistas, claro está sin que se aportara prueba al plenario de esa afirmación y además de ser empleados de la misma entidad demandada.

Con la prueba arrojada al proceso, lo único que se puede dar por sentado es que una vez la entidad tuvo identificada la presencia de líquido libre en la cavidad abdominal de la paciente, y para descartar una pancreatitis aguda, se le realizó un TAC de abdomen, además de una laparotomía exploratoria con drenaje percutáneo guiado por tac, en el cual se encontró borde de laparatomía con fistula biliar, hallazgo que la literatura médica ha definido de la siguiente forma:

La colecistectomía es una de las cirugías abdominales más frecuentes y es la principal causa de fistulas biliares. Las fugas biliares que aparecen en el postoperatorio de una colecistectomía representan en mayor o menor grado algún tipo de lesión quirúrgica de la vía biliar (LQVB), que se da en el 0,3-0,5% de las colecistectomías.

La presentación de una fistula biliar en el postoperatorio de una anastomosis biliodigestiva ocurre en alrededor del 2-5% y pueden influir múltiples factores, aquellos

vinculados directamente con la técnica quirúrgica y los que se relacionan con la enfermedad de base y el paciente. Es bien sabido que para evitar el desarrollo de una fístula en una anastomosis, los tejidos involucrados en la unión deben estar bien irrigados y la línea de sutura no debe estar sometida a tensión.

El desarrollo de una técnica quirúrgica depurada puede minimizar el riesgo de fístula. Sin embargo, los otros actores como el estado nutricional del paciente, la enfermedad de base, la obesidad y las anastomosis en conductos segmentarios, pueden incidir y son factores que no siempre pueden ser modificados. Para mejorar los parámetros nutricionales se requiere tiempo y en muchos casos la resolución de la patología apremia. La enfermedad de base es otra variable importante a la hora de evaluar el riesgo de fugas post-anastomóticas, en este sentido las enfermedades neoplásicas tienen mayor riesgo de fistulizarse que aquellas que no lo son.¹¹

Entonces, como se puede observar son múltiples los factores que pueden influir en una fístula biliar, sin que concretamente de la lectura de la Historia clínica que reposa en el expediente, se pueda establecer si en el curso del tratamiento médico-asistencial otorgado a la paciente existió una indebida atención médica, difiriendo nuevamente de lo argüido por los demandantes en cuanto a la idoneidad del procedimiento de drenaje percutáneo, pues la literatura médica establece que es el procedimiento adecuado a seguir:

Como sucede con otras operaciones, los abscesos abdominales y las colecciones perihepáticas de bilis se tratan, por lo general, mediante drenaje percutáneo.¹²

Aunado a lo anterior, el Despacho no puede inferir que la remisión de la paciente haya tenido la finalidad de realización de una nueva cirugía con carácter de urgente, puesto que se observó que los tratamientos a ella realizados, por parte del HUDN, conllevaban a una mejoría, y en el momento en que se presentaron alzas térmicas, conllevaban a una mejora, y en el momento en que se presentaron alzas térmicas, se le suministró el tratamiento antihipertensivo que según los conceptos de los médicos que depusieron en el proceso, fueron los adecuados.

De esta forma, el material probatorio demuestra fehacientemente la diligencia en el actuar médico del personal vinculado al ente demandado, echando de menos la prueba que hubiera permitido establecer que se produjo una falla médica, sobre lo cual debe observarse que el servicio médico, cuyo objeto es la salud de la persona, en cuanto a la reacción física al tratamiento puede presentar diferentes resultados en uno u otro caso. Es por ello que la jurisprudencia ha afirmado que el servicio médico conlleva una obligación de medio y no de resultado, cuyo incumplimiento no fue acreditado en el sub – lite, pues no hay un solo elemento probatorio que dé a entender que el servicio no funcionó de acuerdo con las exigencias de la ciencia médica o que otra hubiera sido la suerte de la paciente si se hubieran puesto a su servicio los medios adecuados y oportunos que su estado requería y que sus condiciones mostraban.

¹¹ Artículo de internet FUGAS BILIARES POSTOPERATORIAS Dres. H. Zandalazini y R. Klappenbach. https://www.researchgate.net/profile/Roberto_Klappenbach/publication/291135755_Fugas_Biliares_Postoperatorias/links/569e33d908ae950bd7a946a5/Fugas-Biliares-Postoperatorias.pdf

¹² Ver folio 540 Cuaderno 2 Artículo Colectomía abierta. David McAneny, MD, FACS.

Es así, que no se probaron cuáles eran las exigencias médicas técnicas bajo las cuales se debió atender al paciente, y mucho menos su incumplimiento, evento en el cual, debe insistirse que la prueba idónea radica en las experticias técnicas o en los testimonios especializados que ilustran el conocimiento del juez, pues, debe entenderse que para el juez son desconocidos los procesos médicos y las consecuencias que de él se derivan en cada caso concreto, y que aún en el evento de ostentar dicho conocimiento científico, este se hallaría dentro de la órbita del conocimiento privado del juzgador que no puede ser utilizado para resolver el litigio.¹³

En el mismo sentido, no se probó que la entidad demandada haya incurrido en omisiones o acciones que pudiesen impedir el restablecimiento de la salud del paciente o aportar a su detrimento, por lo cual no puede declararse su responsabilidad administrativa y patrimonial.

Por el contrario la Historia clínica da cuenta que la paciente ha recibido atención médica constante y especializada, que se le efectuaron exámenes como tac, ecografías, drenaje percutáneo guiado por tac, que se le recetaron varios medicamentos; que se le efectuaron laboratorios y que permanentemente ha estado valorada por medicina interna y cirugía; sin embargo, ésta judicatura no tiene base probatoria para determinar si dichos procedimientos fueron bien o mal prescritos y tampoco obra prueba de que fueron tardíos y que en consecuencia le ocasionaran los dos paros cardiorespiratorios que sufrió, en la medida en que dentro de las pruebas allegadas al proceso, no se señala nada referente a la idoneidad o no de la atención.

Finalmente cabe precisar que si bien en éste tipo de asuntos puede apelarse a la teoría de la pérdida de oportunidad o chance; sin embargo, tampoco existen elementos de juicio que indiquen que de haberse prestado de manera oportuna la asistencia, valoración, procedimientos o intervención, se hubiese logrado evitar las complicaciones que presentó la paciente, razón por la cual no puede declararse la pérdida de la oportunidad, pues la sola incertidumbre sobre las causas del daño no conlleva automáticamente a la pérdida de oportunidad, pues todos los casos en los que la falla no se logrará acreditar, derivarían consecuentemente en una condena por la pérdida de oportunidad o las partes se limitarían a demostrar el daño, sin más esfuerzos. Por el contrario, la pérdida de oportunidad debe comprender también los elementos de la responsabilidad, pues la pérdida debe ser cierta, y debe demostrarse el nexo causal entre los hechos constitutivos del daño (actuación médica) y la oportunidad (de vivir, de prolongar su existencia o de mejorar).

En reciente jurisprudencia del H. Consejo Estado, Sección Tercera, Subsección "B" en sentencia de 12 de octubre de 2017, radicación 43799, estableció los elementos que configuran el daño autónomo de la pérdida de oportunidad, así:

"En efecto, en la doctrina y la jurisprudencia se ha concebido la pérdida de oportunidad, bien como una modalidad autónoma de daño, o bien como una técnica

¹³ Sentencia Consejo de Estado Consejero ponente: JAIME ORLANDO SANTOFIMIO GAMBOA, radicación número: 76001-23-31-000-1998-01798-01(24986), del treinta (30) de enero de dos mil trece (2013)

de facilitación probatoria en los casos de incertidumbre causal, en los cuales resulte para la víctima una carga excesiva la demostración del nexo entre el daño que padece y la actuación de la entidad a la que se lo imputa y solo logre demostrar que dicha relación es probable, pero no cierta o segura.

Frente a esa discusión teórica, la Sala se ha inclinado por la primera y ha adoptado el criterio conforme al cual la pérdida de oportunidad no es una herramienta para facilitar la prueba del nexo causal sino un daño autónomo, con identidad propia e independiente, que consiste en el quebrantamiento de un bien jurídico tutelado de recibir un beneficio o de evitar un riesgo.(...)“(E)l Consejo de Estado se ha referido a los siguientes requisitos para estructurar el daño por pérdida de oportunidad: i) certeza respecto de la existencia de una oportunidad que se pierde; ii) imposibilidad definitiva de obtener el provecho o de evitar el detrimento; y iii) la víctima debe encontrarse en una situación potencialmente apta para pretender la consecución del resultado esperado.

No obstante, esos elementos fueron reconsiderados, en especial el último al estimar que no era un elemento del daño de la pérdida de oportunidad sino un criterio para definir imputación, de suerte que fueron revaluados, así: Recapitulando lo anterior, la Sala precisa que los elementos del daño de pérdida de oportunidad son: i) Falta de certeza o aleatoriedad del resultado esperado, es decir, la incertidumbre respecto a si el beneficio o perjuicio se iba a recibir o evitar; ii) Certeza de la existencia de una oportunidad; iii) Certeza de que la posibilidad de adquirir el beneficio o evitar el perjuicio se extinguió de manera irreversible del patrimonio de la víctima”

Así las cosas, los argumentos de la parte demandante, para que el caso sea resuelto bajo los lineamientos de la teoría de la falla del servicio, de las pruebas no se infiere que la causa del actual estado de salud de la paciente ocurrió por el inoportuno e inadecuado tratamiento médico dado. Además, no es posible establecer si los paros cardiorespiratorios no se hubieran producido en caso de que a la paciente se le hubiere dado un tratamiento diferente.

Por todo lo expuesto se declararán probadas las excepciones de INEXISTENCIA DE FALLA EN LA PRESTACION DEL SERVICIO, propuesta por el HUDN.

Respecto de la condena a las entidades COOMEVA y CAPRECOM, estas entidades si bien tienen la obligación de realizar los trámites administrativos para que la IPS prestara el servicio médico y ella fue cumplida, las pruebas no demuestran que estas entidades hayan omitido tal obligación o que lo haya hecho de manera inadecuada o inoportuna, y que tal hecho haya incidido en la ocurrencia del daño, a la misma conclusión se llega en relación a las demandadas LIBERTY SEGUROS y LA PREVISORA S.A., en tanto no les asiste ningún tipo de responsabilidad, por lo cual se declarará probada la excepción de FALTA DE LEGITIMACION EN LA CAUSA POR PASIVA respecto a lo cual ha sostenido el Consejo de Estado:

“Conviene precisar las diferencias existentes entre la legitimación de hecho y la legitimación material en la causa, pues la primera se refiere a la relación procesal que se establece entre el demandante y el demandado por intermedio de la pretensión procesal, es decir, se trata de una relación jurídica nacida de la atribución de una conducta en la demanda y de la notificación del libelo inicial al demandado, de manera que quien cita a otro y le endilga la conducta, actuación u omisión que dan lugar a que se incoe la pretensión, está legitimado de hecho por activa y aquél a quien se cita y se le atribuye la referida acción u omisión resulta legitimado de hecho y por pasiva

después de la notificación del auto admisorio de la demanda. (...) la legitimación material en la causa alude a la participación real de las personas en el hecho que origina la presentación de la demanda y/o a la titularidad del derecho reclamado, independientemente de que dichas personas hayan demandado o sido demandadas (...)"

CONDENA EN COSTAS

Las costas han sido definidas como *"aquella erogación económica que corresponde efectuar a la parte que resulte vencida en un proceso judicial"*.

Así las cosas, el artículo 188 de la Ley 1437 de 2011 estableció que, salvo en los procesos en los que se ventile un interés público, la sentencia «dispondrá» sobre la condena en costas.

Al respecto, el Consejo de Estado ha manifestado que con la expedición del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, se estatuyó un criterio objetivo frente a dicho aspecto. Sin embargo, debe existir un margen de análisis mínimo que permita al juez la valoración de las circunstancias que la justifiquen. La anterior interpretación se ajusta a lo previsto en el artículo 365 del Código General del Proceso, el cual señala que la condena en costas se impone en los procesos y actuaciones posteriores a aquellos "(...) en que haya controversia (...)" y "(...) sólo habrá lugar a costas cuando en el expediente aparezca que se causaron y en la medida de su comprobación".

En el presente asunto, no se observa una conducta de mala fe que involucre abuso del derecho, pues si bien se presentaron argumentos que no prosperaron, estos fueron jurídicamente razonables. Adicionalmente que no obra en el expediente evidencia de su causación, por lo tanto no se condenará al pago de éstas, de conformidad con el criterio objetivo valorativo establecido en el CGP.¹⁴

En mérito de lo expuesto, el Juzgado Quinto administrando justicia en nombre de la República, y por autoridad de la ley.

FALLA:

PRIMERO.- DECLARAR probada la excepción de INEXISTENCIA DE FALLA EN LA PRESTACION DEL SERVICIO propuestas por EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE.

SEGUNDO.- DECLARAR probada la excepción de FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA propuesta por CAPRECOM y se declara de manera oficiosa a favor de COOMEVA EPS, LIBERTY SEGUROS y LA PREVISORA S.A

TERCERO.- DENEGAR las suplicas de la demanda, de conformidad con las razones expuestas en la parte considerativa de este proveído.

¹⁴ Consejo de Estado Sección segunda auto 201200561-372-2017- 22 de febrero de 2018. M.P. Sandra Lisset Ibarra.

CUARTA.- ABSTENERSE de condenar en costas a la parte demandante de conformidad con lo expuesto en la parte considerativa de este proveído.

QUINTA.- Ejecutoriada esta sentencia, la Secretaría devolverá al interesado el remanente de la suma que se ordenó pagar para gastos ordinarios del proceso si lo hubiere, dejándose constancia de dicha entrega. Luego se archivará el expediente.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE



ADRIANA INES BRAVO URBANO
Jueza.



Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE NARIÑO
MAGISTRADO PONENTE: PAULO LEÓN ESPAÑA PANTOJA¹.

Medio de Control: Reparación Directa.
Radicación: 52-001-33-33-005-2014-00239-01 (6217)²
Demandantes: José David Massa y otros
Demandado: Hospital Universitario Departamental de Nariño y otros
Instancia: Segunda.

Temas:

- *Títulos de imputación aplicables - Falla del servicio.*
- *Elementos de la falla en la prestación del servicio médico.*
- *Confirma Sentencia de primera instancia.*
- *Condena en costas procesales.*

Sentencia N° Des04-2023-124 S.O.

San Juan de Pasto, veinticinco (25) de agosto de dos mil veintitrés
(2023).

¹ La redacción y ortografía de esta providencia son responsabilidad exclusiva del Magistrado Ponente.

² Según Acuerdo PCSJA20-11517 de 15 de marzo de 2020, expedido por el Consejo Superior de la Judicatura (Presidencia), adicionado por el Acuerdo PCSJA20-11518 del 16 de marzo de 2020, los términos judiciales se suspendieron en todo el País desde el 16 al 20 de marzo de 2020. Con Acuerdo PCSJA20-11521 del 19 de marzo de 2020, igualmente el Consejo Superior de la Judicatura, prorrogó las medidas adoptadas mediante acuerdos enunciados hasta el desde el 21 de marzo al 3 de abril de 2020. Entre el 06 y el 10 de abril de 2020 corrió vacancia judicial por semana santa. La suspensión se prorrogó por Acuerdos PCSJA20-11532 del 11-04-2020, entre el 13 y el 26 de abril de 2020 y PCSJA20-11546 del 25-04-2020, entre el 27 de abril y el 10 de mayo de 2020. Por Acuerdo PCSJA20-11549, se reanudaron términos para emitir sentencia en los asuntos que se encuentren en turno para tal fin y aprobación de conciliaciones extrajudiciales, a partir del 11 y hasta el 24 de mayo de 2020. La suspensión se mantiene para todas las demás actuaciones judiciales, con las excepciones previstas en tal Acuerdo. Con las mismas disposiciones, por Acuerdo PCSJA20-11556 de mayo 22 de 2020, se prorrogó la suspensión de términos entre el 25 de mayo y el 08 de junio de 2020. En igual sentido por ACUERDO PCSJA20-11567 del 05/06/2020, se suspende términos entre el 09 y 30 de junio de 2020. Mediante Acuerdos CSJNAA20-39 del 16 de julio de 2020 y PCSJA20-11614 del 06-08-20 y PCSJA20-11622 del 21-08-20 se dispuso el cierre de las sedes judiciales de Pasto entre el 14 al 24 de julio de 2020 y, de todo el País entre el 10 y 21 y se prorrogó hasta el 31 de agosto de 2020, respectivamente.

ASUNTO.

Procede la Sala a resolver el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante, en contra de la sentencia del siete (7) de mayo de dos mil dieciocho (2018), proferida por el Juzgado Quinto Administrativo del Circuito de Pasto³, dentro del proceso de reparación directa promovido por la señora Claudia Patricia Gallego Quintero, quien actúa por intermedio de su esposo curador interino, el señor José David Massa León, quien a su vez actúa en nombre propio y en representación de su hija Valentina Massa Gallego en contra del Hospital San Francisco de Asís de Puerto Asís Putumayo E.S.E – Caja de Previsión Social de Comunicaciones CAPRECOM E.P.S – Cooperativa Médica del Valle y de Profesionales de Colombia COOMEVA E.P.S. – Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.⁴.

I. ANTECEDENTES

1. LA DEMANDA (archivo 001. Págs. 4-23)

1.1. Pretensiones

1.1.1. La señora Claudia Patricia Gallego Quintero, quien actúa por intermedio de su esposo curador interino el señor José David Massa León, quien a su vez actúa en nombre propio y en representación de su hija Valentina Massa Gallego en ejercicio del medio de control de

³ Se asignó por reparto el 12 de junio de 2018 (archivo 16, pág. 5). **Entró a turno para sentencia el 21 de agosto de 2018** (archivo 16, pág. 81). A la fecha el Despacho Sustanciador cuenta con **510** asuntos en turno para dictar sentencia de segunda instancia.

⁴ En adelante "la parte demandada" o "el demandado".

Reparación Directa, por conducto de apoderada judicial, demandaron al Hospital San Francisco de Asís de Puerto Asís Putumayo E.S.E – Caja de Previsión Social de Comunicaciones CAPRECOM E.P.S – Cooperativa Médica del Valle y de Profesionales de Colombia COOMEVA E.P.S. – Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E., a fin de que se le declare administrativamente responsables por los perjuicios materiales e inmateriales causados a los demandantes, con ocasión de las lesiones sufridas por la señora Claudia Patricia Gallego Quintero por los hechos sucedidos el 24 de diciembre de 2011, donde se realizó una intervención quirúrgica por colecistectomía abierta que tuvo complicaciones que no fueron atendidas de manera oportuna y diligente por las entidades demandadas.

1.1.2. En consecuencia, solicitó se condene a la parte demandada a pagar por concepto de perjuicios materiales en la modalidad de lucro cesante para la señora Claudia Patricia Gallego Quintero, la suma total de \$306.156.060.

1.1.3. Por concepto de perjuicios derivados del daño a la vida de relación para la señora Claudia Patricia Gallego Quintero, el equivalente a 200 salarios mínimos legales mensuales vigentes.

1.1.4. Por concepto de perjuicios inmateriales solicitó:

- Para los señores Claudia Patricia Gallego Quintero y José David Massa León, en calidad de afectada y esposo de la afectada, el equivalente a 100 salarios mínimos legales mensuales vigentes.

- Para Valentina Massa Gallego, en calidad de hija de la afectada, el equivalente a 100 salarios mínimos legales mensuales vigentes.

1.1.5. Solicitó que las entidades demandadas den cumplimiento a la sentencia en los términos del artículo 192 de la Ley 1437 de 2011.

1.1.6. Finalmente, solicitó se condene en costas a las entidades accionadas.

1.2. Fundamentos Fácticos

Los fundamentos de hecho se sintetizan de la siguiente manera:

1.2.1. Indicó, que el 24 de diciembre de 2011 la señora Claudia Patricia Gallego Quintero acudió a los servicios de urgencias del Hospital San Francisco de Asís en el municipio de Puerto Asís (P), pues presentaba un dolor en el estómago, la paciente informó que presentaba antecedentes de hipertensión, enfermedad que estaba siendo tratada con losartán.

1.2.2. Refirió, que el médico tratante, especialista en cirugía operó a la señora Claudia Patricia Gallego Quintero de emergencia pues presentaba cálculos en la vesícula biliar, es así que, es intervenida por colecistectomía abierta.

1.2.3. El 25 de diciembre es dada de alta con formulación de ampicilina, acetaminofén, se le indicó que debía regresar a control y de manera subsiguiente se haría el retiro de suturas.

1.2.4. Señaló, que el 4 de enero de 2012 la señora Claudia Patricia Gallego Quintero acudió al referido hospital pues presentaba un fuerte dolor de estómago y deposiciones diarreicas, los signos físicos encontrados corresponden a: abdomen distendido, blando, depresible, no doloroso, con herida quirúrgica sin signos de infección, los laboratorios muestran aumento de bilirrubinas y leucocitos con neutrofilia, síndrome icterico secundario o colédoco litiasis residual - colangitis.

1.2.5. El 5 de enero 2012 el Hospital San Francisco de Asís dispone la remisión a un hospital de III nivel para evaluación por cirugía general por un posible “CPRE”, pues en la institución no existía un anestesiólogo, en caso de una intervención quirúrgica, tampoco existía disponibilidad para realizar otro tipo de procedimiento, se ordenó traslado en ambulancia básica.

1.2.6. El mismo día, la señora Claudia Patricia Gallego Quintero ingresó al Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E., donde es valorada por el médico de turno, quien ordenó exámenes completos. Manifestó que los resultados tardaron en ser entregados, causándole una infección severa a nivel de estómago, que días posteriores provocó una sepsia y comprometió gravemente su vida, por cuanto le ocasionó un paro cardiaco que le afectó el 90.85% de su cerebro.

1.2.7. Expresó que la señora Claudia Patricia Gallego Quintero nunca fue valorada por los servicios de medicina interna y anestesiología.

1.3. Fundamentos de Derecho

Como fundamento constitucional citó el artículo 90.

Señaló, que el Consejo de Estado en sentenciade 11 de mayo de 2006, sostuvo que la falla en el servicio es la principal fuente de imputación de responsabilidad del Estado, que surge de la comprobación de tres elementos fundamentales: i) el daño antijurídico; ii) la falla en el servicio; iii) el nexo de causalidad entre los dos primeros, es decir que el daño se produjera como consecuencia de la falla en el servicio.

Que, la falla del servicio surge por las obligaciones que tienen las autoridades públicas y que se encuentran definidas en la ley, pero principalmente de la obligación genérica que tiene el estado según lo preceptuado por el inciso segundo del artículo 2 de la Constitución Política. Citó la sentencia de 3 de febrero de 2000, radicado 14787 de la Sección Tercera del Consejo de Estado.

Sostuvo, que el reconocimiento del daño a la vida de relación no debe limitarse a los casos de lesiones corporales que producen alteraciones a nivel orgánico, sino que debe extenderse a todas aquellas situaciones que alteran la vida de relación de las personas, tampoco debe limitarse su reconocimiento a la víctima, toda vez que el mismo lo puede sufrir las personas cercanas a esta, como su cónyuge y sus hijos, ni debe restringirse a la imposibilidad de gozar de los placeres de la vida, pues se refiere además al esfuerzo excesivo de realizar actividades rutinarias, ni se trata sólo de la afectación sufrida por la persona en su relación con las demás, sino también con las cosas del mundo.

2. CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

2.1. Demandado – Hospital Departamental de Nariño E.S.E (archivo 008. Págs. 32-43)

2.1.1. La entidad demandada se opuso a todas y cada una de las pretensiones de la demanda al considerar que la paciente Claudia Patricia Gallego Quintero se le brindó la atención médica hospitalaria que requería su condición, en la que se presentó una complicación de la colecistectomía realizada en el Hospital Puerto Asís, la cual se atendió conforme a los protocolos médicos, que además, se sometió a la paciente a las cirugías necesarias para recuperar su salud, al punto que para el 30 de enero de 2012 el Dr. Fernando Casabón, especialista en cirugía, conceptúa con relación a la patología por la cual ingresó al Hospital, que el abdomen se encuentra normal y la fístula organizada, se siguió brindando el tratamiento antibiótico hasta que se superó dicha complicación abdominal.

2.1.2. Sostuvo, que los paros cardiorrespiratorios que presentó la paciente el 19 de enero de 2012, no son atribuibles a su patología quirúrgica, siendo múltiples las causas del paro cardiorrespiratorio; sin embargo, cuando ocurrió se atendió de manera oportuna por el personal médico con técnicas avanzadas de reanimación.

2.1.3. Indicó, que desde que la señora Claudia Patricia Gallego Quintero llegó al Hospital Universitario Departamental de Nariño el 6 de enero de 2012, colocó todos los medios humanos y técnicos disponibles, y se le

realizaron todas las ayudas diagnósticas solicitadas para brindar el tratamiento que la *lex artis* establecía.

2.1.4. Manifestó, que la colecistectomía realizada a la paciente el 24 de diciembre de 2011 como toda intervención quirúrgica tiene implicaciones. Que, las complicaciones postoperatorias de la cirugía de las vías biliares se clasifican en inmediatas y tardías, en el presente asunto la complicación presentada fue después de 11 días por lo tanto se entiende tardía.

2.1.5. Expresó, que una vez ingresó al Hospital Universitario Departamental de Nariño, para establecer el diagnóstico, se realizaron exámenes como el TAC simple y los laboratorios de sangre, que, como primera impresión diagnóstica basados únicamente en auscultación, se indicó que se podía tratar de una colelitiasis residual y descartar colangitis, asimismo, se ordenó valoración por cirugía.

2.1.6. Adujo, que el mismo día fue examinada por especialista quien estableció como posible complicación postoperatoria una coledocolitiasis, que es la presencia de un cálculo en el colédoco.

2.1.7. Más adelante, el mismo 6 de enero de 2012 la paciente es revisada por el Dr. Germán Villacis, cirujano de turno, quien al observar los exámenes imagenológicos reportó la presencia de líquido libre en cavidad, colédoco de 3mm, tinte subictérico y ante la presencia de vómito sugiere la realización de un TAC de abdomen con el fin de descartar una pancreatitis.

2.1.8. Que, los médicos debían encontrar un diagnóstico eficaz que les permitiera brindar el tratamiento médico requerido, dadas las condiciones de la paciente, pues apenas 7 días antes se había realizado una cirugía abierta.

2.1.9. Indicó, que ante la no respuesta a los tratamientos alternativos, el 11 de enero de 2012 se realizó una intervención quirúrgica denominada laparotomía exploratoria, donde se halló: bilioperitoneo, tejido de degranulación sobre lecho quirúrgico previo sin posibilidad de identificar la vía biliar, se realizó drenaje de peritonitis, lavado peritoneal, concluyendo en el postoperatorio que la paciente presentó fístula biliar por dehiscencia de muñón cístico y peritonitis secundaria, conclusiones que se encontraban acordes con el tratamiento médico que se había establecido para la paciente y las impresiones diagnósticas realizadas anteriormente.

2.1.10. Manifestó, que los paros cardiorrespiratorios suscitados en la atención médica, no tienen conexidad con la complicación postquirúrgica a colecistectomía que la paciente Claudia Patricia Gallego Quintero presentó, pues estos tiene múltiples causas, para el caso concreto, se tiene un factor de riesgo como es la hipertensión arterial de la paciente, la cual fue manejada también por el equipo médico durante la hospitalización, de manera específica el 13 de enero de 2012 cuando venía presentando tensiones elevadas.

2.1.11. Presentó como excepciones de mérito las siguientes: inexistencia de la falla en la prestación del servicio, inexistencia de nexo causal e innominada.

2.1.12. Finalmente, llamó en garantía a la Compañía de Seguros La Previsora S.A.

2.2. Demandado – Caja de Previsión Social de Comunicaciones CAPRECOM (archivo 10. Págs. 89-100)

2.2.1. La entidad demandada propuso como excepción de mérito la denominada ausencia de responsabilidad por parte de CAPRECOM, en ese sentido indicó, que actuó conforme a derecho, diligente y oportunamente, nunca incumplió en su cometido de garantizar unos servicios adecuados para salvaguardar la salud de la demandante y siempre garantizó la prestación de los servicios de salud a través de personal idóneo y capacitado para brindar especial asistencia médica.

2.2.2. Sostuvo que la atención inicial como la cirugía, valoración posterior y remisión a III nivel, se realizaron dentro de los protocolos clínicos de manejo según las condiciones médicas que reportaban el estado de salud de la paciente, de manera oportuna y conforme a los resultados de observación y para clínicos realizados sin que pueda endilgarse al prestador ningún tipo de responsabilidad en la prestación de los servicios.

2.2.3. Señaló, que reconoce ausencia de responsabilidad de la entidad prestadora de servicios inicial -San Francisco de Asís-.

2.2.4. Manifestó que en el presente asunto no se evidencia la falla, negligencia o imprudencia en que se incurrió, siendo este elemento

necesario para endilgar responsabilidad al Estado, no basta con la simple formulación de la demanda, se debe demostrar el daño, que este nació de una conducta sino dolosa por lo menos culposa, negligente o imprudente y por último el nexo causal entre el daño y el agente que presuntamente lo cometió.

2.2.5. Asimismo, propuso como excepción de mérito la denominada ausencia de falla en el servicio y nexo causal precisando que CAPRECOM observó los aspectos de acceso, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad, en todo momento garantizó la prestación del servicio, nunca se negó la atención básica y especializada, que, en cuanto al aspecto médico se realizaron todos los protocolos y procedimientos que sus síntomas requerían, incluida la autorización de interconsultas y la remisión final a III nivel.

2.2.6. Finalmente, solicitó se exonere de responsabilidad a CAPRECOM y al Hospital San Francisco de Asís pues su actuación no puede calificarse como omisiva, imprudente o negligente.

2.3. Demandado – COOMEVA EPS S.A (archivo 11. Págs. 27-57)

2.3.1. Indicó que, para la época de los hechos, la E.S.E. San Francisco de Asís del Municipio de Puerto Asís Putumayo, era la única I.P.S. en la región con capacidad para atender servicios de baja y mediana complejidad y eventualmente algunos servicios de tercer nivel de atención, razón por la cual, la E.S.E. en mención estaba en la capacidad de brindar atención a la patología inicial de la paciente, pues contaba con el servicio de cirugía general.

2.3.2. Adujo que la paciente fue intervenida quirúrgicamente en forma urgente, no solo por la presencia de cálculos, sino por un severo proceso inflamatorio y posiblemente infeccioso, este hallazgo complicó en forma inherente su estado de salud, sumado al hecho de que la colecistectomía o extracción de la vesícula, es una cirugía abdominal mayor con múltiples complicaciones que resultan inherentes según la literatura médica.

2.3.3. Sostuvo, que en relación a que no se firmó el consentimiento informado en Puerto Asís, debe tenerse en cuenta que la jurisprudencia y doctrina han expuesto que el consentimiento informado no es solamente el documento o formato, siendo claro que este puede inferirse y que, además, el consentimiento está en la información no en el documento. Además, expresó, que no se puede afirmar que no existió consentimiento por no tener el documento en la historia o que no esta no contenga todos y cada uno de los puntos de la intervención.

2.3.4. Señaló, que hay una diferencia entre una sospecha diagnóstica y un diagnóstico establecido, pues en el primero significa que puede existir la sospecha del mismo, pero no ha sido confirmado y se tiene la duda del mismo, es así que no ha un diagnóstico de colangitis, por lo tanto, lo dicho por la parte demandante no tiene fundamento.

2.3.5. Que, el dolor a nivel de la zona superior del abdomen, a los movimientos respiratorios, se conoce como signo de Murphy y es evidenciado en este caso, esto no significa un examen inadecuado como se pretende mostrar pues este signo no es exclusivo de la vesícula inflamada o dolorosa.

2.3.6. Agregó, que el paro sufrido por la paciente es totalmente súbito, sin relación alguna con su patología de base ni mucho menos atribuible a falla médica.

2.3.7. Propuso como excepciones de mérito las siguientes: ausencia de relación de causalidad entre el hecho y el daño, la actuación de COOMEVA EPS S.A. no es la causa eficiente del daño reclamado, COOMEVA cumplió con su deber de garantizar y autorizar los tratamientos y procedimientos requeridos por la paciente y lo continua haciendo, falta de legitimación en la causa por pasiva, pacto contractual entre COOMEVA y el Hospital Universitario Departamental de Nariño en el que expresamente se exonera de responsabilidad a la entidad que represento.

2.3.8. Finalmente, llamó en garantía a Liberty Seguros S.A.

2.4. Llamado en garantía – La Previsora S.A. (archivo 12. Págs. 47-56)

2.4.1. Indicó, que teniendo en cuenta que de los hechos que reporta la demanda no se evidencia responsabilidad alguna por parte de la entidad asegurada Hospital Universitario Departamental de Nariño, la entidad se opone a la totalidad de las pretensiones.

2.4.2. Frente al llamado en garantía, señaló, que acepta los hechos de la entidad demandada, pues entre el Hospital Universitario Departamental de Nariño y la Previsora S.A. existe una relación contractual regida por la póliza mencionada; no obstante, será este documento el que

señalará los límites de responsabilidad de la aseguradora en el evento de una condena total o parcial en contra del Hospital demandado.

2.4.3. Propuso como excepciones de mérito las siguientes: i) inexistencia de la obligación de indemnizar ausencia de falla o falta en la prestación del servicio por parte del hospital; ii) ausencia de nexo causal por caso fortuito.

2.4.4. Frente al llamamiento en garantía formuló como excepciones de fondo: i) falta de determinación del certificado de la póliza de seguro por medio de la cual se vinculó a la aseguradora, para indicar que si bien la póliza matriz es una sola, los certificados expedidos corresponder a las renovaciones anuales y sucesivas de acuerdo con lo contratado entre las partes; es decir, que cada vigencia hace referencia a un nuevo contrato seguro, con la posibilidad de que las condiciones inicialmente pactadas se modifiquen, deroguen o ratifiquen según las necesidades, por lo tanto el certificado a afectar en el evento de una condena es el número 13 con vigencia desde el 2 de febrero de 2014 hasta el 2 de febrero de 2015 pues la fecha de la reclamación que corresponde a la realización de la audiencia de conciliación.

2.4.5. En el mismo sentido, propuso como excepción de mérito ii) límite de amparos, coberturas y deducibles e indicó que en caso de que la aseguradora deba responder por una condena en contra del Hospital Universitario Departamental de Nariño, ni podrá hacerlo más allá de los valores asegurados consignados en la póliza No. 1002520 certificado 13 con vigencia entre el 2 de febrero de 2014 y el 2 de febrero de 2015, cuyo amparo básico corresponde a un monto total de \$1.000.000.000 con

deducible del 8% de toda pérdida con un mínimo de 1 salario mínimo mensual legal vigente.

2.4.6. Asimismo, planteó la excepción de mérito denominada iii) sublímite de perjuicios extrapatrimoniales y adujo, que se debe tener en cuenta el numera 1.4 de la póliza referida a que la indemnización originada por daños extrapatrimoniales derivados de alguna reclamación se cubrirá hasta el sublímite del 50% de la suma asegurada sin exceder \$300.000.000 por vigencia.

2.4.7. Finalmente, formuló como excepción iii) disponibilidad de valor asegurado y precisó, que el valor asegurado debe distribuirse conforme a la disponibilidad que se tenga el momento de la eventualidad de un fallo condenatorio y de acuerdo a la cantidad de reclamaciones dentro del proceso.

2.5. Llamado en garantía – Liberty Seguros S.A. (archivo 12. Págs. 92-94)

2.5.1. La aseguradora manifestó, que se opone a la declaratoria favorable de todas y cada una de las pretensiones de la demanda, acorde con la posición asumida por COOMEVA E.P.S., quien llama en garantía a Liberty Seguros S.A.

2.5.2. Frente al llamado en garantía indicó que los hechos que derivan el proceso están expresamente excluidos de la garantía otorgada.

2.5.3. Propuso como excepciones: i) inexistencia del siniestro e indicó que la conducta que desencadena la demanda, al margen si de ella se puede

derivar o no responsabilidad, es totalmente atribuible a la I.P.S. y no a la E.P.S., pues no ha negado la atención, no la ha retardado, no ha omitido contratar el personal médico para que brinde la atención, no ha negado el suministro de medicamentos. Que, además está expresamente excluida de la cobertura de la póliza la responsabilidad derivada de errores de atención médica.

2.5.4. ii) inexistencia de cobertura respecto a perjuicios extrapatrimoniales, en sentido expreso, que acorde con las condiciones generales de la póliza y por disposición del artículo 1127 del Código de Comercio, no son objeto de cobertura en materia de responsabilidad civil por los perjuicios extrapatrimoniales.

2.5.5. Finalmente, formuló las excepciones las denominadas iii) límite de valor asegurado y aplicación del deducible; iv) límite de responsabilidad al valor asegurado.

3. EL TRÁMITE

3.1. La Admisión

3.1.1. Correspondió su conocimiento al Juzgado Quinto Administrativo del Circuito de Pasto, Despacho que admitió la demanda mediante auto del 15 de mayo de 2014 (archivo 07. Págs. 3-4).

3.1.2. Después de surtidas las respectivas etapas procesales, el 7 de mayo de 2018 se dictó sentencia donde, entre otros, se resolvió negar las pretensiones de la demanda (archivo 15. Págs. 9-54), providencia que,

posteriormente fue aclarada el 18 de mayo de 2018 (archivo 15. Págs. 63-64).

3.1.3. Mediante escrito que data del 23 de mayo de 2018, el demandante interpuso recurso de apelación en contra de la sentencia de primera instancia (archivo 15. Págs. 66-80).

3.1.4. Mediante auto del 28 de mayo de 2018 fue concedido en el efecto suspensivo, el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante, en contra de la sentencia proferida el 7 de mayo de 2018 por el Juzgado Quinto Administrativo del Circuito de Pasto (archivo 16. Pág. 83).

3.2. Actuación Procesal en esta Instancia.

3.2.1. El 12 de julio de 2018 fue admitido por este Tribunal el recurso de apelación interpuesto por el representante judicial de la parte demandante (archivo 16. Págs. 7-8), y en el periodo comprendido entre el 19 de julio de 2018 y el 2 de agosto del mismo año, se corrió traslado a las partes para que alleguen los alegatos de conclusión. Así mismo, se corrió traslado para alegar de conclusión al Ministerio Público en el periodo comprendido entre el 3 y el 17 de agosto de 2018.

4. LA PROVIDENCIA IMPUGNADA. (archivo 15. Págs. 9-54)

4.1. El Juzgado Quinto Administrativo del Circuito Judicial de Pasto el 7 de mayo de 2018, profirió sentencia de primera instancia, donde resolvió, entre otros, negar las pretensiones de la demanda.

4.2. Manifestó, que no hay lugar a responsabilizar a las entidades demandadas como quiera que no se probó que la afectación a la salud padecida por la señora Claudia Patricia Gallego se viera agravada por la falta de diagnóstico oportuno o de atención médica eficaz de parte de la entidad demandada Hospital Universitario Departamental de Nariño.

4.3. Sostuvo, que en relación con el daño, se acreditó que a la señora Claudia Patricia Gallego, luego de habersele practicado una colecistectomía abierta y de recibir tratamiento médico hospitalario por más de 13 días en el Hospital Universitario Departamental de Nariño, presentó dos paros cardiorrespiratorios que la mantienen hospitalizada con un diagnóstico de encefalopatía hipóxica isquémica, coma vigil y falla renal crónica reagudizada, con un 90.85% de pérdida de capacidad laboral.

4.4. Frente a la imputación, adujo, que no se acreditó que el daño padecido sea consecuencia directa de una falla en el servicio imputable a la entidad hospitalaria, ni a las demandadas COOMEVA E.P.S. y CAPRECOM.

4.5. Manifestó, que los demandantes atribuyen a las entidades demandadas que: i) la atención brindada fue negligente por cuanto incurrió en “*voluntaria omisión de diligencia en calcular las consecuencias posibles y previsibles del propio hecho*” al desconocer desde el ingreso a

la institución que presentaba un diagnóstico de líquido libre en la cavidad abdominal que desencadenó en la sepsis y los dos paros cardiorrespiratorios que sufrió; ii) se arguye error en el diagnóstico o diagnóstico tardío por la mala interpretación a los exámenes practicados a la paciente especialmente el TAC, y iii) el tratamiento para superar la enfermedad, no fue adecuado al desencadenar los dos paros cardiorrespiratorios que la mantienen en estado de coma vigil.

4.6. Teniendo en cuenta lo anterior, precisó que no se encontró prueba que tales actuaciones fueran inadecuadas o tardías. Señaló, que en algunos casos el diagnóstico no puede arrojar resultados exactos por lo que se hace necesario practicar estudios y exámenes complementarios, lo cual justifica la actitud de la entidad demandada, pues no se le puede reprochar el no acatamiento de una remisión proveniente de una entidad de inferior nivel, cuando la entidad de tercer nivel está en mejores condiciones técnicas.

4.7. Se probó para el A quo que, cuando la demandante ingresó al Hospital Universitario Departamental de Nariño, sus condiciones clínicas eran estables y permitían realizarle exámenes diagnósticos, de esta forma, fue valorada el mismo día que ingresó por el área de cirugía y le fueron tomados los laboratorios y una ecografía hepatobiliar, la cual arrojó un resultado parcialmente disímil al de la remisión, en tanto indicaba que la paciente no mostraba un cálculo en el colédoco, ni signos de colangitis, pero confirmó que reportaba líquido libre en la cavidad colédoco de 3mm y tinte subictérico, por lo tanto, el proceso de diagnóstico aparte de ser obligatorio, en este caso fue eficaz.

4.8. Expresó, que teniendo en cuenta la literatura médica son múltiples los factores que pueden influir en una fístula biliar, sin que concretamente de la lectura de la Historia clínica se pueda establecer si en el curso del tratamiento existió una indebida atención médica, difiriendo de lo dicho por los demandantes en cuanto a la idoneidad del procedimiento de drenaje percutáneo, pues según la literatura médica es el procedimiento adecuado a seguir.

4.9. Agregó, que no se puede inferir que la remisión de la paciente haya atendido la finalidad de realización de una nueva cirugía con carácter urgente, pues de los tratamientos realizados por parte del Hospital Universitario Departamental de Nariño se observó una mejoría y en el momento en que presentó alzas térmicas se le suministró el tratamiento antihipertensivo que según los conceptos de los médicos que depusieron en el proceso fueron los adecuados.

4.10. Indicó, que en el presente asunto no se probaron cuáles eran las exigencias médicas que se debieron atender y mucho menos su incumplimiento; al contrario aseguró que la historia clínica da cuenta que la paciente ha recibido atención médica constante y especializada, que se le efectuaron exámenes como TAC, ecografías, drenaje percutáneo guiado por TAC, se le recetaron varios medicamentos, se le efectuaron laboratorios y que permanentemente ha sido valorada por medicina interna y cirugía.

4.11. Señaló, que en este tipo de asuntos puede apelarse a la teoría de la pérdida de oportunidad o chance; sin embargo, tampoco existen elementos de juicio que indiquen que de haberse prestado de manera

oportuna la asistencia, valoración, procedimientos o intervención, se hubiese logrado evitar las complicaciones que presentó la paciente, razón por la cual no puede declararse la pérdida de la oportunidad, pues la sola incertidumbre sobre las causas del daño no conlleva automáticamente a la pérdida de oportunidad.

4.12. Además, expresó que no es posible establecer si los paros cardiorrespiratorios no se hubieran producido en caso de que a la paciente se le hubiere dado un tratamiento diferente.

4.13. Declaró probada la excepción de inexistencia de falla en la prestación del servicio propuesta por el Hospital Universitario Departamental de Nariño, asimismo la excepción de falta de legitimación en la causa propuesta por COOMEVA EPS y de manera oficiosa a favor de CAPRECOM, Liberty Seguros y la Previsora S.A.

4.14. Finalmente, se abstuvo de condenar en costas a la parte demandante pues mencionó que no se observó una conducta de mala fe que involucre abuso del derecho, adicionalmente no obra en el expediente evidencia de su causación.

5. RECURSO DE APELACIÓN (archivo 15. Págs. 66-80)

5.1. Mediante escrito que data del 23 de mayo de 2018, la parte demandante presentó recurso de apelación, manifestando que la historia clínica de la paciente Claudia Patricia Gallego contiene la falla por

inoportunidad en la atención que llevó a la presencia de eventos adversos.

5.2. Adujo, que en la cirugía del 24 de diciembre de 2011 no se pidió imagenología, y tampoco se firmó consentimiento informado, que, el diagnóstico del 4 de enero de 2012 *“abdomen distendido, peristaltismo positivo, flatos positivos, reporte de paraclínicos hiperbilirrubinemia a expensas de la directa, transaminasas elevadas, leucocitos con neutrofilia, (14.350 - 57%) se hace DX de ictericia secundaria, coledocolitiasis residual y se interroga colangitis”* por sí solo denota emergencia y requiere que se descarte o confirme; el tratamiento de esta patología es eminentemente quirúrgico, cirugía abierta o endoscópica.

5.3. Que, la paciente llegó a Pasto, el 6 de enero de 2012, es valorada y al ingreso encuentran abdomen blando, distendido dolor a la palpación generalizado Murphy positivo, este signo clínico solo se presenta ante la presencia de vesícula inflamada y dolorosa, a la paciente ya se le había extraído la vesícula biliar, por lo tanto, no podía presentarse bajo ninguna circunstancia.

5.4. Indicó que la tomografía abdominal TAC solicitada demoró 67 horas en ser analizada, si bien es cierto, fue vista de manera no formal por el especialista en cirugía general el 7 de enero y se tomó una conducta no quirúrgica, esta conducta es completamente opuesta a la tomada por el cirujano general de turno el 10 de enero, donde al evaluar la imagen ordena realizar drenaje percutáneo. Agregó que, el TAC simple del Hospital de Puerto Asís da como resultado la presencia de líquido en la cavidad, así como lo demuestra el TAC de contraste ordenado el 6 de

enero de 2012, en que sin reporte de médico especialista en imagenología, cirugía general del Hospital Universitario Departamental de Nariño, se evidenció la presencia de líquido, dejando pasar el tiempo para realizar un procedimiento que minimizara la presencia de líquido en la cavidad, dando lugar a complicaciones como la de un síndrome de inflamación sistémica.

5.5. Que, la demora de 67 horas en la revisión de un examen en un paciente categorizado como abdomen agudo, puede significar una pérdida de tiempo para la toma de una intervención que puede restar o controlar adecuadamente las alteraciones presentadas por la paciente, dado que los hallazgos quirúrgicos evidenciados, en el tiempo aumentan las complicaciones y dificultan los controles a lograrse, al transcurrir más tiempo para su evaluación para su evaluación le representa más riesgo en acertar un diagnóstico adecuado.

5.6. Señaló que el Hospital Universitario Departamental de Nariño contaba con todos sus servicios, por tal razón debía haberse reportado con oportunidad por parte de un médico especialista en imagenología el resultado del TAC de contraste ordenado por cirugía general el 6 de enero de 2012, incurriendo en fallas de atención en el que si bien se garantizó la accesibilidad al servicio, no tuvo oportunidad en la entrega del resultado, afectando el proceso de atención según la resolución 1446 de 2006.

5.7. Indicó que se incumplió el reporte oportuno del especialista en imagenología de un examen diagnóstico que se necesitaba con urgencia, que, si bien se tomó, el resultado no fue oportuno.

5.8. Expresó, que era la punción guiada por TAC, el tratamiento indicado para una apreciación imagenología que correspondía a *“abundante líquido libre en cavidad medializando las asas intestinales”* y donde también dice *“no se identifican masas, ni colecciones en cavidad abdominal”* se realizó el procedimiento sin el reporte de médico especialista y tardíamente por estar con presencia del líquido desde el Hospital remitido de Puerto Asís.

5.9. Indicó, que la firma en el consentimiento informado del 11 de enero de 2012 para laparotomía exploratoria, no corresponde a la paciente.

5.10. Sostuvo, que el 17 de enero de 2012 la paciente persiste el alza térmica, se hace análisis del caso y se conceptúa que la CPRE disminuye el gasto de fístula, la paciente aun no es valorada por medicina interna ni anestesiología.

5.11. Señaló, que el 18 de enero de 2012 la paciente sigue persistente al alza térmica, y sigue sin ser valorada por medicina interna y anestesiología, que, posterior a esa fecha no es claro el momento del evento, pero la paciente presenta paro cardio respiratorio en la habitación.

5.12. Frente a la declaratoria de manera oficiosa de la legitimación en la casusa por pasiva respecto a Liberty Seguros y La Previsora S.A., indicó, que es contrario a derecho esa actuación, pues estas entidades solo aseguran el riesgo en la prestación del servicio médico, su negocio se contrae tan solo a percibir el pago de una prima y como contraprestación

el pago del siniestro que se presenta en las actividades médicas del asegurado.

5.13. Manifestó, que el nexo causal es irrefutable entre el daño y la entidad que lo causó, aceptar un criterio diferente, no sería otra cosa que reconocer que dicha discapacidad ni se hallara demostrada. Analizar dicha prueba como lo hace el Juzgado, es como si no se tuviera en cuenta, porque su examen es contrario a su contenido material.

5.14. Indicó, que el 17 de enero de 2012, luego de haber transcurrido 144 horas desde el “POP”, la paciente Claudia Patricia Gallego Quintero, no es valorada por medicina interna, ni anestesiología, situación que no ha sido refutada y que conlleva que se está en un evento de irresponsabilidad por el hecho de una actividad peligrosa, como lo es la prestación de este tipo de servicios médicos.

5.15. Que, la negligencia médica conllevó, sin lugar a dudas, al daño neurológico consecuencial de dos paros cardiorrespiratorios sufridos por la paciente el 19 de enero de 2012 cuando ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos a las 02:26.

5.16. Refuta el argumento del Juzgado, con el que se declaró probada la excepción de fondo denominada “*inexistencia de falla en la prestación del servicio*”, planteamiento que no resiste mayor análisis porque de haber sido eficiente y oportuna la prestación del servicio médico a la paciente, su salud no se hubiera deteriorado en un 90.85%. Agregó que la falla en la prestación del servicio médico se presenta desde la primera intervención quirúrgica a la paciente, pues los estándares de la medicina

establecen que una cirugía como la practicada en el Hospital de Puerto Asís, no puede superar los 45 minutos, en el caso que nos ocupa, la atención superó los 90 minutos, lo que deja la duda si el equipo médico que intervino a la paciente era idóneo. Lo anterior, indica la inexistencia de un diagnóstico previo y adecuado, que solo podía establecer un examen de imagenología con su respectiva lectura realizada por el especialista en radiología, hecho que no aconteció, ese es el origen del daño causado a la paciente.

5.17. Indicó, que, en virtud de la carga dinámica de la prueba, a quien le correspondía refutar era a la parte demandada la omisión, negligencia, la deficiencia y la tardía prestación del servicio médico.

5.18. Señaló que si bien, los cirujanos son pertinentes en la evaluación de ayudas diagnósticas como el TAC que se lo tomó a la paciente, se evidencia que nunca existió el reporte por un profesional especializado en imagenología, quien es la persona más indicada para realizar este tipo de diagnóstico. No se evidencia resultados de reuniones de Juntas médicas donde se hubiese tratado el diagnóstico y el tratamiento acorde a seguir para proteger la salud de la paciente.

5.19. Citó la Resolución 1446 de 2006, e indicó que, si la parte demandada hubiera actuado con diligencia, con eficiencia y de manera oportuna en la prestación del servicio médico, hubiese aportado la correspondiente auditoria médica del caso de origen a la demanda, para acreditar que el Hospital Universitario Departamental de Nariño no incurrió en negligencia alguna.

5.20. Finalmente, solicitó revocar la sentencia de 7 de mayo de 2019 y en consecuencia acceder a las pretensiones de la demanda por encontrar probados todos y cada uno de los supuestos de hecho de las normas citadas en la demanda y que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen.

6. ALEGATOS DE CONCLUSIÓN EN SEGUNDA INSTANCIA.

6.1. Parte Demandante.

La parte demandante no presentó alegatos de conclusión.

6.2. Demandado – COOMEVA E.P.S. S.A. (archivo 16. Págs. 15-26).

6.2.1. Inicialmente alude que tal como se corrobora de la historia clínica y prueba testimonial, en el caso de la señora Claudia Patricia Gallego no se incurrió en ninguna negligencia médica, por tanto, tampoco hubo pérdida de oportunidad de recuperar su salud y en el mismo sentido no existe responsabilidad ni de los entes hospitalarios ni por parte de COOMEVA E.P.S. S.A. en los hechos que son materia de controversia.

6.2.2. Indicó que, según ecografía del 7 de enero, no hay compromiso de la vía biliar y según el especialista en cirugía, hay un abdomen sin signos de peritonitis, ni evidencia de deterioro en su estado general, lo anterior para desvirtuar lo dicho por los demandantes, quienes afirman que los exámenes paraclínicos tardan en llegar, lo que le produjo una infección que conllevó a una sepsis que le produce un paro, que, el servicio de

cirugía avaluó el resultado de los exámenes radiológicos de manera inmediata y no era necesario esperar la lectura que realiza el servicio de radiología, para adoptar una conducta. Es así que, una imputación de responsabilidad sobre una supuesta demora, no tiene fundamento, no hay una demora en el análisis del TAC, pues este ya había sido analizado por cirugía.

6.2.3. Manifestó que la paciente no tiene un paro cardiorrespiratorio producto de una sepsis, pues para el momento de su paro, el cuadro de infección se encontraba controlado y en mejoría y su evento de parada cardiorrespiratoria resultaba totalmente imprevisible e irresistible al actuar médico.

6.2.4. Señaló, que la paciente no tenía un evento de riesgo crítico que hiciera pensar o predecir que un paro podía presentarse, solo hay un evento de fiebre el 18 de enero, pero no hay un cuadro crítico de descompensación, ni evidencia de colangitis o sepsis, el pico de fiebre tampoco es desencadenante de paro cardiorrespiratorio.

6.2.5. Adujo que la paciente fue constantemente valorada por las especialidades de medicina interna y cirugía general, cuya actuación correspondió a cabalidad con su condición clínica, tanto así que la paciente tuvo mejoría y la infección fue controlada, por lo tanto, el paro cardiorrespiratorio de la paciente, es un evento que no se prevé para este caso.

6.2.6. Expresó que COOMEVA E.P.S. S.A. cumplió con su obligación contractual de garantizar el paciente la atención médica general y

especializada en una IPS que contaba y cuenta con las normas de habilitación necesarias para presentar un buen servicio.

6.2.7. Finalmente, solicitó confirmar el fallo de primera instancia y se exonera de responsabilidad.

6.3. Demandado – Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E. (archivo 16. Págs. 27-38).

6.3.1. Manifestó, que la atención prestada por el Hospital Universitario Departamental de Nariño, fue siempre adecuada, la paciente ingresó sin complicaciones y estable, sin signos de alerta que dieran lugar a la realización inmediata de tratamiento quirúrgico, situación a la que se refirió el especialista en medicina interna Marco Antonio Solarte Portilla.

6.3.2. Adujo, que a pesar de que la paciente venía con una sintomatología y un diagnóstico de remisión el Hospital Universitario Departamental de Nariño, para el caso concreto, realizó un procedimiento adecuado, en tanto que a sus médicos no les era dable fundamentar su conducta únicamente en el motivo de remisión, pues tal diagnóstico podía varias durante el lapso que duró el traslado de una institución de salud a otra, además de los criterios médico científicos propios de los especialistas de turno que trataron a la paciente. Agregó que no existe motivo alguno que llevara a los galenos a tomar la decisión de someter a la actora a un procedimiento quirúrgico de carácter perentorio.

6.3.3. Indicó, que la señora Claudia Patricia Gallego se mantuvo en constante observación médica y condiciones generales estables durante los días 7, 8 y 9 de enero de tal suerte que una vez se evidenciaron cambios en su sintomatología, el galeno de turno decidió realizar procedimiento de laparotomía exploratoria el 11 de enero de 2012.

6.3.4. Que, con posterioridad a la práctica de la laparotomía se evidencia mejoría en el estado de salud de la paciente, presentándose estable, con signos vitales adecuados y total evolución favorable, hasta el 19 de enero de 2012, cuando sufrió dos paros cardiorrespiratorios, por lo que no está demás reiterar, que, conforme al avance presenciado, no es posible relacionar en modo alguno, tal desenlace con la patología que se venía tratando, toda vez que se encontraba hemodinámicamente estable.

6.3.5. Expresó, que en el asunto bajo estudio se desplegaron todas las gestiones pertinentes por parte de los profesionales de la medicina en aras de brindar un diagnóstico adecuado, en tanto se efectuaron todas las acciones posibles de conformidad a la *lex artis*, para brindar la mejor atención a la afectada, cosa distinta es, que debido a las características propias de cada paciente y a las complicaciones de los procedimientos médicos, los resultados entre una y otra persona puedan diferir, lo que no implica *per se* una negligencia o falla en la prestación del servicio de salud, como quiera que tales circunstancias se encuentran, sin duda por fuera del ámbito de acción de los profesionales de la salud y las entidades prestadoras de dicho servicio.

6.3.6. Sostuvo, que la tardanza alegada constituyó el lapso que los médicos emplearon en determinar con exactitud la patología de la señora

Claudia Patricia Gallego y en segundo lugar, que las afectaciones neuronales tienen su origen como consecuencia de los dos paros cardiorrespiratorios que padeció la demandante, lo que de suyo implica la ausencia de nexo causal de tales circunstancias con la patología que requirió la intervención médica, el cual, contrario a lo afirmado por la parte actora, sí fue aportado como prueba al proceso y reposa en el cuaderno 2 del expediente.

6.3.7. Indicó, que es a la parte demandante a quien le compromete probar el supuesto de hecho de la presunta falla médica que reclama, sin que así haya ocurrido en el presente asunto y por el contrario la entidad demandada logró desvirtuar con base en los elementos probatorios debidamente allegados, que no existió negligencia en la atención brindada a la señora Claudia Patricia Gallego.

6.3.8. Finalmente solicitó confirmar el fallo proferido por el Juzgado Quinto Administrativo de del Circuito de Pasto, en todas sus partes en el entendido que los demandantes no han logrado demostrar la presunta falla en la prestación de los servicios médicos.

6.4. Ministerio Público.

El Ministerio Público se abstuvo de presentar concepto dentro del término legal.

II. CONSIDERACIONES DEL TRIBUNAL.

1. PRESUPUESTOS PROCESALES

1.1. Dada la naturaleza del asunto y al tratarse de apelación de sentencia emitida por Juez Administrativo del Circuito, esta Corporación es competente para conocer del proceso en segunda instancia.

1.2. Parte demandante y demandada tienen capacidad para ser parte y comparecer al proceso. Su derecho de postulación lo ejercen por conducto de apoderado idóneo. La demanda fue postulada en debida forma. No encuentra la Sala defectos procesales que puedan conllevar nulidad de la actuación.

2. LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA.

2.1. El medio de control de Reparación Directa, contemplado en el artículo 140 inciso 3 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, tiene por objeto o pretensión la reparación del daño antijurídico que se considera configurado y permite que el ciudadano que haya sufrido un daño o perjuicio, generado en los hechos, omisiones u operaciones de la administración, pueda acudir ante la Jurisdicción Contencioso Administrativa para obtener la reparación o resarcimiento del mismo.

2.2. Así las cosas, están legitimados para ejercer este medio de control, tanto los particulares, como las entidades públicas que hayan sufrido un daño originado en un hecho, omisión u operación administrativa de la administración, en tal sentido se encuentran habilitados para reclamar la reparación de dicho daño.

2.3. Al mismo tiempo, puede considerarse entonces, que la parte demandante se encuentra legitimada para intentar el ejercicio del medio de control, vale decir, es titular del derecho subjetivo para iniciar la reclamación por vía del medio de control de reparación directa, esto es, tiene vocación jurídica para demandar.

2.4. La demanda se dirige contra el Hospital San Francisco de Asís de Puerto Asís Putumayo E.S.E – Caja de Previsión Social de Comunicaciones CAPRECOM E.P.S – Cooperativa Médica del Valle y de Profesionales de Colombia COOMEVA E.P.S. – Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E, lo cual habilita a la demandada para actuar como parte pasiva de la Litis.

3. CADUCIDAD DEL MEDIO DE CONTROL.

3.1. El artículo 164 numeral 2 literal (I) del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo dispone que el medio de control de Reparación Directa caducará al vencimiento del plazo de dos (2) años, contados a partir del día siguiente del acaecimiento del hecho, omisión u operación administrativa o de ocurrida la ocupación temporal o permanente del inmueble de propiedad ajena por causa del trabajo público o por cualquier otra causa.

3.2. En el presente caso, la demanda tiene su génesis en un hecho cierto, el cual no puede prestarse a equívocos para determinar la fecha en la cual empieza a correr el término de caducidad del medio de control.

3.3. Así, se tiene que en el presente asunto el daño que indica la parte demandante se deriva de los hechos acaecidos el 19 de enero de 2012, fecha en la cual la señora Claudia Patricia Gallego Quintero sufrió dos paros cardiorrespiratorios que le ocasionaron encefalopatía hipóxica isquémica, coma vigil y falla renal crónica.

3.4. La solicitud de conciliación prejudicial fue presentada el día 15 de noviembre de 2013. La audiencia se llevó a cabo el 5 de febrero de 2014. La constancia de conciliación se emitió el día 11 de febrero del mismo año. La demanda fue presentada el 25 de marzo de 2014. Así se tiene entonces que, la parte demandante se encontraba en la oportunidad legal para intentar el ejercicio del medio de control interpuesto.

4. EL PROBLEMA JURÍDICO A RESOLVER

De los hechos y pretensiones plasmados en el libelo de la demanda y el recurso de apelación impetrado en el caso *sub examine*, se extraen los siguientes problemas jurídicos:

¿Es posible atribuir responsabilidad a las entidades demandadas por los hechos ocurridos el 19 de enero de 2012 cuando la señora Claudia Patricia Gallego Quintero sufrió dos paros cardiorrespiratorios que le ocasionaron encefalopatía hipóxica isquémica, coma vigil y falla renal crónica reagudizada? O, por el contrario, ¿Las entidades demandadas adoptaron las medidas y protocolos pertinentes en la prestación del servicio de salud en la atención prestada a la paciente?

Para lo cual se debe resolver si ¿el personal médico de las entidades demandadas omitió alguna medida que derivó en la ocurrencia de dos paros cardiorrespiratorios que le ocasionaron encefalopatía hipóxica isquémica, coma vigil y falla renal crónica reagudizada a la señora Claudia Patricia Gallego Quintero?

En caso de encontrarse algún tipo de responsabilidad en el presente caso, deberá determinarse ¿Qué perjuicios y en qué forma deben indemnizarse dichos perjuicios a favor de la parte demandante?

5. RESPUESTA AL PROBLEMA JURÍDICO PLANTEADO

5.1. Considera la Sala que en el presente caso, de acuerdo con el material probatorio obrante en el expediente, no se encuentra configurada la responsabilidad de las entidades demandadas, en virtud de que no se logró demostrar que los paros cardiorrespiratorios sufridos por la señora Claudia Patricia Gallego Quintero hayan sido el resultado de alguna falla en la prestación del servicio de salud y, por el contrario, se evidencia que se realizaron oportunamente los procedimientos médicos adecuados con el fin de preservar la salud y buscar la mejoría de la paciente.

5.2. Resalta la Sala, que, del material probatorio obrante en el expediente, se encuentra acreditado que, el paro cardiorrespiratorio obedeció a una insuficiencia respiratoria aguda secundaria a un choque séptico de origen biliar; sin embargo, no se evidencia, que este choque séptico hubiere sido

originado por una ineficiente, inoportuna e inadecuada prestación del servicio médico.

6.3. La historia clínica reportó, que la paciente presentó mejoría al procedimiento de drenaje percutáneo y según el médico Marco Antonio Solarte Portilla y también a lo afirmado por el Instituto de Medicina Legal, el tratamiento a seguir en presencia de una fístula biliar podía ser drenaje o la colocación del “Stent”, dejando a criterio del cirujano la decisión, destacando que, dependía en gran medida de las condiciones de la paciente, que, como se observó, se encontraba estable, afebril y según reporte de cirugía general, para el 17 de enero de 2012 la señora Claudia Patricia Gallego no tenía presencia de respuesta inflamatoria sistémica.

Para efecto de llegar a tal respuesta se aludirá a los siguientes temas: i) los elementos de la responsabilidad del Estado; ii) los títulos de imputación; iii) la teoría de la causalidad adecuada, iv) el caso concreto a la luz de tales conceptos.

6. ELEMENTOS DE LA RESPONSABILIDAD - TÍTULO DE IMPUTACIÓN-

6.1. Responsabilidad del Estado

6.1.1. La Constitución Política de Colombia de 1991 consagró expresamente en su artículo 90, a diferencia de la anterior Carta Política, la responsabilidad patrimonial del Estado por los daños antijurídicos que ocasione, por la acción u omisión de las autoridades públicas, así como el derecho que tiene de repetir el valor de la condena que le sea impuesta en contra del servidor público que hubiese obrado en forma dolosa o

gravemente culposa. Del texto mismo de esta norma se desprenden los elementos que configuran dicha responsabilidad, cuales son el **daño antijurídico** y la **imputación** del mismo a la entidad pública demandada.

6.1.2. Frente a la responsabilidad de naturaleza extracontractual, el Estado tiene la obligación de indemnizar todo daño antijurídico que produzca con su actuación, lícita o ilícitamente, voluntaria o involuntariamente, ya sea por hechos, actos, omisiones u operaciones administrativas de cualquiera de sus autoridades, o de particulares que ejerzan funciones públicas, ya que la víctima no está en el deber jurídico de soportar el menoscabo de sus bienes jurídicos; esta obligación de reparar los daños causados tiene su génesis en un título de imputación que puede ser: (i) por falla del servicio, (ii) por daño especial y (iii) por riesgo excepcional.

6.2.Falla del Servicio

6.2.1. Debe considerarse entonces, que para que exista responsabilidad por parte de la administración bajo el fundamento de falla o falta en el servicio, deben confluir los siguientes elementos:

6.2.2. Un daño causado al particular en su persona o sus bienes. Una falla en el servicio, por omisión, prestación defectuosa o tardía del servicio.

6.2.3. Nexo causal entre el daño ocasionado y dicha falla: Sólo cuando se verifique la convergencia de estos elementos puede hablarse de

responsabilidad extracontractual de la administración⁵, evento en el cual debe repararse el daño ocasionado al particular.

6.2.4. Reiteradamente se ha pronunciado el H. Consejo de Estado respecto a los elementos de la falla en el servicio, por ejemplo:

“(…) Cuando el Estado, en desarrollo de sus funciones incurre en la llamada “FALTA O FALLA EN EL SERVICIO”, o mejor aún falta o falla de la administración, trátase de simples actuaciones administrativas, omisiones, hechos y operaciones administrativas, se hace responsable de los daños causados al administrado. Esta es la fuente común y frecuente de la responsabilidad estatal y requiere:

Una falta o falla en el servicio de la administración, por omisión, retardo, irregularidad, ineficiencia o ausencia del servicio. La falta o falla de que se trata, no es la personal del agente administrativo, sino del servicio, ejecutados como simple ciudadano;

Lo anterior implica que la administración ha actuado o ha dejado de actuar, por lo que se excluyen los actos del agente, ajenos al servicio, ejecutados como simple ciudadano.

Un daño, que implica lesión o perturbación de un bien protegido por el derecho, bien sea civil, administrativo, etc., con las características generales predicadas en el derecho privado para el daño indemnizable, como de que sea cierto determinado o determinable, etc., y

Una relación de causalidad entre la falta o falla de la administración y el daño, sin la cual aún demostrada la falta o falla del servicio, no habrá lugar a la indemnización (...).

(…) El Estado se exonera de toda responsabilidad, cuando demuestra como causa del daño, la culpa de la víctima, el hecho de un tercero, la fuerza mayor o el caso fortuito, pues en el fondo lo que acredita es que no hay relación de causalidad entre la falta o falla del servicio y el daño causado (...).⁶”

⁵A su vez, la entidad puede exonerarse de responsabilidad por causas que tienen la virtualidad de romper el nexo causal entre daño y falla en el servicio, los cuales son: (i) Fuerza mayor, (ii) Culpa exclusiva de la víctima y (iii) culpa exclusiva de un tercero; o demostrando diligencia y cuidado por parte de la demandada.

⁶Consejo de Estado, Sección Tercera. Sentencia de octubre 28 de 1976. M.P. Jorge Valencia Arango.

6.2.5. Así, debe establecerse en primer término, si se produjo el daño antijurídico alegado en la demanda, para luego entrar a definir si el daño le es imputable a la entidad demandada en virtud de alguno de los regímenes de imputación reconocidos por la jurisprudencia del H. Consejo de Estado, específicamente el de falla del servicio.

6.2.6. La falla del servicio surge en razón de las obligaciones que tienen las autoridades públicas y que se encuentran definidas en la ley, pero principalmente de la obligación genérica que tiene el Estado según lo preceptuado por el inciso segundo del artículo 2 de la Constitución Nacional, que expresa textualmente que “(...) *Las autoridades de la república están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en su vida, honra y bienes, creencias y demás derechos y libertades y para asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares(...)*”.

6.2.7. Ahora, en sentencia de 16 de diciembre de 1987⁷, la Sala Plena de lo Contencioso Administrativo del Consejo de Estado precisó:

*“(...) Es que no cabe duda que en las acciones indemnizatorias por falta del servicio el juez para apreciarla no se refiere a una norma abstracta; "para decidir, en cada especie si hay falta o no, **él se pregunta lo que en este caso debía esperarse del servicio, teniendo en cuenta la dificultad más o menos grande de su misión, de las circunstancias de tiempo (período de paz, o momento de crisis), de lugar, de los recursos de que disponía el servicio personal y en material.** De ello resulta que la noción de falta del servicio tiene un carácter relativo, pudiendo el mismo hecho, según las circunstancias, ser reputado como culposo o no culposo (...)*”.

⁷ [Nota de pie de página de la cita] Expediente R-0112, actor: Olga López Jaramillo de Roldán y otros. C. P. Gaspar Caballero Sierra

6.2.8. Ello lleva al Juez a realizar la tarea de evaluación en cada caso concreto si la autoridad pública tenía el deber de actuar, de las herramientas de orden logístico, técnico o financiero de que disponía para actuar, del conocimiento que tenía de la amenaza o de daños que se estén ocasionando al ciudadano, de los aspectos de modo, tiempo y lugar en que estaba llamado a actuar.

“(…) Es que las obligaciones que son de cargo del Estado - y por lo tanto la falla del servicio que constituye su trasgresión -, han de mirarse en concreto, frente al caso particular que se juzga, tomando en cuenta las circunstancias que rodearon la producción del daño que se reclama, su mayor o menor previsibilidad y los medios de que disponían las autoridades para contrarrestarlo. Se le exige al Estado la utilización adecuada de todos los medios de que está provisto, en orden a cumplir el cometido constitucional en el caso concreto; si el daño se produce por su incuria en el empleo de dichos medios, surgirá su obligación resarcitoria; si el daño ocurre, pese a su diligencia, no podrá quedar comprometida su responsabilidad. Este marco conceptual que se conoce como el principio de la relatividad de la falla del servicio (...).”⁸

6.2.9. El interesado afectado está en la obligación de probar la ocurrencia de dicha falla, pues en caso de que no lo haga, sus pretensiones serán desechadas.

6.2.10. Ello claro está junto con la acreditación de los demás elementos de la responsabilidad.

7. TEORÍA DE LA CAUSALIDAD ADECUADA

7.1. Dentro de la teoría de la causalidad la doctrina ha establecido una clasificación que permite identificar cuál ha sido la más aplicable en torno

⁸Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Consejero Ponente: ALIER EDUARDO HERNÁNDEZ ENRÍQUEZ. Santa Fe de Bogotá, D.C., tres (3) de febrero de dos mil (2000). Radicación número: 14787.

a determinar el hecho que se constituye como causa de un daño. Desde ya se anota que, tras largas discusiones doctrinarias en el mundo, al menos en el Derecho Colombiano se ha aplicado la teoría de la causalidad adecuada.

7.2. Con relación a esta teoría valga la pena anotar lo dicho por el Honorable Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, C.P. Dra. Ruth Stella Correa Palacio en sentencia del once (11) de mayo de 2011, radicación N° 17001-23-31-000-1996-05026-01(18792):

“(...) En relación con la teoría de la causalidad adecuada o causa normalmente generadora del resultado, conforme a la cual, de todos los hechos que anteceden la producción de un daño sólo tiene relevancia aquel que, según el curso normal de los acontecimientos, ha sido su causa directa e inmediata. La elección de esa teoría se ha hecho por considerar insatisfactoria la aplicación de otras, en particular, la de la equivalencia de las condiciones, según la cual basta con que la culpa de una persona haya sido uno de los antecedentes del daño para que dicha persona sea responsable de él, sin importar que entre la conducta culposa y el daño hubieran mediado otros acontecimientos numerosos y de gran entidad (...).”

8. FALLA EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO

8.1. Para condenar al Estado por falla en la prestación del servicio de salud, la parte demandante debe demostrar que la atención prestada al paciente no corresponde a los estándares de calidad que impone la ciencia médica; la falla en la prestación del servicio implica que los profesionales de la salud no cubrieron el servicio de manera diligente, es decir, la prestación del servicio se brinda sin el empleo de todos los medios humanos, financieros, técnicos, farmacéuticos y demás que

disponga la entidad al momento de los hechos. En este sentido, el Consejo de Estado ha expuesto lo siguiente:

(...) Esta Corporación ha consolidado una posición en materia de responsabilidad del Estado por la prestación del servicio de salud, en virtud de la cual aquella es de naturaleza subjetiva; es la falla probada del servicio el título de imputación bajo el cual es posible configurar la responsabilidad estatal por la actividad médica y hospitalaria, de suerte que, en términos generales, es carga del demandante acreditar la falla propiamente dicha, el daño antijurídico y el nexo de causalidad entre aquella y este.

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

Esa interpretación no supone una obligación de resultado para el prestador del servicio, sino que debe entenderse como la garantía del paciente a obtener la atención en las mejores condiciones disponibles, bajo el entendido de que quien acude en busca de un servicio médico confía en que será tratado de manera adecuada (...)⁹.

9. CASO CONCRETO.

Observa el Tribunal que en el presente asunto se pretende la declaratoria de responsabilidad del Hospital San Francisco de Asís E.S.E., Caja de Previsión Social de Comunicaciones CAPRECOM E.P.S., Cooperativa Médica del Valle y de Profesionales de Colombia COOMEVA E.P.S. y el Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E, por los perjuicios sufridos por los demandantes con ocasión de los paros cardiorrespiratorios sufridos por la señora Claudia Patricia Gallego Quintero, que le produjeron encefalopatía hipóxica isquémica, coma

⁹ Consejo de Estado. Sentencia 17001233100019980066701 (25574). 29 de abril de 2015. Consejero Ponente: Dr. Ramiro Pazos Guerrero.

vigil y falla renal crónica reagudizada, en hechos ocurridos el 19 de enero de 2012.

Ab initio, la jurisprudencia contenciosa, ha sostenido que en materia de responsabilidad médica deben estar acreditados en el proceso todos los elementos que la configuran: **el daño y la falla del servicio imputable a la entidad demandada (allí el nexo causal)**; de manera que, apreciados en su conjunto permitan establecer el juicio de responsabilidad.

9.1. La Conducta Imputada.

9.1.1. Aduce la parte demandante que la conducta que merece especial reproche, se erige sobre el supuesto de que tanto el Hospital San Francisco de Asís, así como el Hospital Universitario Departamental de Nariño incurrieron en una falla del servicio, pues la asistencia médica se tornó ineficiente e inoportuna, además de que se incurrió en un error en el diagnóstico médico, lo anterior, con ocasión a la realización del procedimiento quirúrgico colecistectomía abierta practicada a la señora Claudia Patricia Gallego Quintero el 24 de diciembre de 2011.

10. Hechos probados.

10.1. De la prestación del servicio médico en el Hospital San Francisco de Asís.

10.1.1. Se encuentra acreditado, que el 24 de diciembre de 2011, la señora Claudia Patricia Gallego Quintero acudió al servicio de urgencias del

Hospital San Francisco de Asís, pues presentaba dolor abdominal y nauseas. (archivo 1, págs. 41-42).

10.1.2. Que, el mismo día a la paciente Claudia Patricia Gallego Quintero le fue practicada una colecistectomía, que duró 1 hora y 30 minutos, pues según diagnóstico pre operatorio, tenía una colecistitis aguda. (archivo 1, pág. 50).

10.1.3. Según historia clínica del Hospital San Francisco de Asís, la paciente ingresó consciente, afebril y con cólico biliar, según la evolución, el dolor abdominal se tornó intenso, por lo que se informó al jefe de turno, quien avisó telefónicamente al cirujano y recibió orden verbal de preparar para cirugía. Asimismo, quedó consignado que se hizo firmar consentimiento. (archivo 1, págs. 56-57).

10.1.4. Se acreditó, que la cirugía no presentó complicaciones, por lo que se remitió al área de hospitalización, ahí, según se consignó en la historia clínica, la paciente estaba afebril y calmada. El 25 de diciembre de 2012 se ordenó dar salida con recomendaciones. (archivo 1, págs. 58-59).

10.1.5. Entre las recomendaciones dadas al momento del alta se distingue la ingesta de medicamentos como la ampicilina, acetaminofén. Por otro lado, se programó control con cirugía externa en 8 días y el retiro de puntos en 10 días. (archivo 1, págs. 64-65).

10.1.6. El 4 de enero de 2012, la señora Claudia Patricia Gallego Quintero ingresó al servicio de urgencias del Hospital Universitario San Francisco de Asís pues presentaba dolor abdominal tipo cólicos, asociado a deposiciones diarreicas. (archivo 1, pág. 66).

10.1.7. Según evolución médica, la paciente Claudia Patricia Gallego Quintero el 4 de enero de 2012, presentaba abdomen distendido, sin signos de infección local. (archivo 1, pág. 68).

10.1.8. En historia clínica del 5 de enero de 2012, se consignó:

- “1. Dx Dsd icterico secundario*
- 2. Coledoco ... residual*
- 3. Colangitis??”*

Además, se indicó que la paciente no presentaba dolor a la palpación de la herida suturada, sin signos inflamatorios; no obstante, presentaba síndrome icterico secundario con coledocolitiasis residual. Se dispone la remisión a III nivel para para valoración y manejo por cirugía general *“Necesidad de CPRE”* y toma de biopsia, papilotomía, extracción de cálculos y colocación de *“STENT”*. (archivo 1, pág. 69).

10.1.9. Más adelante, se observa que el Hospital San Francisco de Asís, ordenó la remisión, pues en ese momento, si se presentaba una intervención quirúrgica no contaban con anestesiólogo y además la paciente requería de manejo de III nivel, en caso de que fueran necesarios otro tipo de procedimientos. (archivo 1, págs. 88-89).

10.2. De la prestación del servicio médico en el Hospital Universitario Departamental de Nariño.

10.2.1. Se encuentra acreditado, que la señora Claudia Patricia Gallego Quintero ingresó al Hospital Universitario Departamental de Nariño el 6 de enero de 2012, con las siguientes observaciones:

“PACIENTE QUIEN ES REMITIDA POR CUADRO CLINICO DE MAS O MENOS 1 DIA DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DOLOR ABDOMINAL TIPO COLICO, ASOCIADO A NAUSEAS, PACIENTE QUIEN TIENE ANTECEDENTE DE COLECISTECTOMIA DE 7 DIAS, TOMAN PARACLINICOS FOSFATASA ALCALINA AUMENTADA Y REMITEN PARA VALORACIÓN.

Hallazgos Positivos al Examen: CONSCIENTE, ORIENTADA, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE DOLOROSO A LA PALPACION DE HIPOCONDRIOS DERECHO, HERIDA QUIRURGICA EN ADECUADO PROCESO DE CICATRIZACION SUTURADA. (archivo 1, pág. 95).

10.2.2. En la historia clínica quedó consignado que la paciente tenía antecedentes de hipertensión arterial. (archivo 1, pág. 96).

10.2.3. Asimismo, que la paciente el 6 de enero de 2012 se encontraba consciente, orientada, afebril, cardiopulmonar sin déficit, abdomen blando distendido con abundante panículo adiposo, dolor a la palpación generalizado, Murphy positivo, extremidades simétricas, no edema, neurológico sin déficit y se estableció como diagnóstico presuntivo cálculo de la vesícula biliar sin colecistitis “colelitiasis”, colelitiasis residual “DESCARTAR COLANGITIS”. (archivo 1, pág. 96).

10.2.4. En la fecha de ingreso, a la paciente se la trató con analgésicos y antibióticos, se le ordenó una ecografía de abdomen superior e interconsulta con cirugía general. (archivo 1, pág. 96, 98).

10.2.5. El 7 de enero de 2012, se consignó en la historia clínica que la paciente tenía un diagnóstico de pancreatitis, de igual manera se señaló que se encontraba en condiciones estables, afebril e hidratada y que estaba pendiente un TAC abdominal. (archivo 1, pág. 101).

10.2.6. El radiólogo Rubén Darío Suárez presentó informe de lectura de imagenología de ecografía de abdomen precisando lo siguiente:

- “Hay presencia de líquido libre intraperitoneal que supera los 2000 cc
- Hígado graso sin lesiones focales
- Vía biliar no dilatada
- Colédoco 3 mm
- No se visualiza el páncreas por interposición de gas
- Bazo y riñones de aspecto normal
- Hay distensión gaseosa de asas intestinales en relación con un íleo de tipo inespecífico
- Recomiendo realizar TAC abdominal para definir diagnóstico
- Debe correlacionarse con la clínica”. (archivo 1, pág. 102).

10.2.7. Asimismo, el radiólogo Luis F. Caicedo rindió informe de lectura de imagenología ecografía de TAC abdominal, señalando:

- “• Hígado de forma, tamaño y densidad normales sin evidencia de lesiones parenquimatosas focales o difusas en su interior.
- No se visualiza vesícula
 - Bazo, páncreas, confluente esplenoportal, glándulas suprarrenales y retroperitoneo sin alteraciones.
 - No se definen adenomegalias retroperitoneales, mesentéricas o en las cadenas iliacas.
 - Riñones de tamaño y posición normales, los cuales concentran y eliminan en forma adecuada y simétrica el medio de contraste, sin definirse lesiones focales en sus parénquimas.
 - Sistemas pielocaliciales y uréteres sin alteraciones. Vejiga parcialmente distendida sin alteraciones.
 - Cavidad gástrica distendida sin apreciar engrosamientos focales de la pared
 - Distensión de asas del intestino delgado primordialmente con conservación de las asas del colon apreciando adecuado tránsito del medio de contraste
 - Útero y anexos sin alteración.
 - No se identifican masas, ni colecciones en cavidad abdominal.
 - Abundante líquido libre al interior de la cavidad abdominal medializando las asas intestinales
 - Pared abdominal y estructuras óseas visualizadas de aspecto escanográfico usual.

OPINIÓN.

1. ASCITIS
2. DISCRETA DISTENSION DE ASAS INTESTINALES DELGADAS”. (archivo 2, pág. 1).

10.2.8. El 8 de enero de 2012, según reportó la historia clínica, la señora Claudia Patricia Gallego Quintero se encontraba estable clínicamente,

tolerando la vía oral, afebril, con dolor secundario por el traslado en ambulancia, sin signos de infección, sin secreciones, y sin signos de irritación peritoneal y meníngea. Además, se indicó que presentaba mejoría. Se reiteró el diagnóstico de pancreatitis aguda. (archivo 2, pág. 2).

10.2.9. Se acreditó que el 9 de enero de 2012, la señora Claudia Patricia Gallego Quintero se encontraba estable, con distensión abdominal; no obstante, se encontraba afebril y sin signos de irritación peritoneal e infección. (archivo 2, pág. 5).

10.2.10. El 10 de enero de 2012, paraclínicos reportó que según TAC abdominal se evidencia líquido libre abundante intraabdominal, por lo que se decidió drenaje percutáneo. (archivo 2, pág. 6).

10.2.11. Se acreditó consentimiento informado para el procedimiento de laparotomía exploratoria. (archivo 2, pág. 8).

10.2.12. Refiere la historia clínica que la paciente Claudia Patricia Gallego Quintero, el 11 de enero de 2012, presentaba regulares condiciones generales, afebril, con sonda nasogástrica a drenaje con “100 CC DE LIQUIDO BILIOSO”, dolor abdominal con aumento de diámetro abdominal. Se indicó que se encontraba estable y que el médico tratante había señalado laparotomía exploratoria. (archivo 2, pág. 9).

10.2.13. El mismo día, se realizó laparotomía exploradora, drenaje de peritonitis y lavado peritoneal. Además, se precisó el procedimiento realizado:

“ASEPSIA Y ANTISEPSIA - COLOCACION DE CAMPOS QUIRURGICOS - INCISION DESCRITA - DISECCION POR PLANOS HASTA CAVIDAD - DRENAJE DE BIOLIOPERITONEO - EXPLORACION DE CAVIDAD - SE IDENTIFICA TEMIDO DE DEGRANULAION SOBRE LECHO QUIRURGICO - NO SE IDENTIFICA VIA BILIAR - SE REALIZA LAVADO PERITOENAL CON 5000 CC DE SUERO FISIOLOGICO - SE DEJA DREN DE PENROSE PUESTO SOBRE SONDA NELATON EN SITIO DE LECHO QUIRURGICO - SE REALIZA HEMOSTASIA - SE DEJA LAPAROTOMIZADO CON BOLSA DE BOGOTA RECUENTO COMPLETO DE COMPRESAS”. (archivo 2, pág. 10).

10.2.14. El 12 de enero de 2012 la paciente se encuentra en mejores condiciones generales, afebril, con leve dolor abdominal. La paciente se encontraba estable, con herida quirúrgica con bolsa de Bogotá, con secreción biliosa, con dren funcionando parcial, sin signos de infección, ni sangrado, se decidió retirar sonda nasogástrica. (archivo 2, pág. 13).

10.2.15. Para el 13 de enero de 2012, se reportó que, la señora Claudia Patricia Gallego Quintero se encontraba estable; no obstante, se consignó en la historia clínica que, venía presentando tensión elevada, por lo que se decidió aumentar medicamento antihipertensivo. (archivo 2, pág. 14).

10.2.16. Igualmente, el 14 de enero de 2012, la actora, se encontraba estable, afebril, con herida quirúrgica con bolsa de Bogotá, con secreción biliosa, con dren funcionando parcial, sin signos de infección, ni sangrado. (archivo 2, pág. 15).

10.2.17. El 15 de enero de 2012, la paciente se encontraba estable, afebril, además, en la historia clínica se consignó que la fue valorada por cirugía general, quien ordenó *“CPRE + STENT BILIAR”*. (archivo 2, pág. 16).

10.2.18. En la misma fecha, la señora Claudia Patricia Gallego Quintero es valorada por gastroenterología, en el informe médico se programó

“CPRE + STENT BILIAR” para el 19 de enero de 2012, previa valoración con medicina interna y anestesiología. (archivo 2, pág. 17).

10.2.19. El 16 de enero de 2012, la paciente se encontraba estable, afebril, poco hidratada, por lo que, el médico tratante decidió suspender vía oral, aumentar hidratación y como plan de tratamiento “CPRE + STENT BILIAR” y hemocultivo. (archivo 2, pág. 18).

10.2.20. Para el 17 de enero de 2012, la situación clínica de la señora Claudia Patricia Gallego Quintero era estable, afebril, poco hidratada y el plan de tratamiento era “CPRE + STENT BILIAR”, además se precisó que, el drenaje estaba activo, sin SIRS, sin dificultad respiratoria. (archivo 2, pág. 19).

10.2.21. El mismo día, le fue practicado un “RX DE TÓRAX”, que se encontraba dentro de la normalidad, el anterior examen fue realizado por el radiólogo Carlos Fernando Núñez Guerrero. (archivo 2, pág. 20).

10.2.22. El 18 de enero de 2012, la señora Claudia Patricia Gallego Quintero se encontraba estable, afebril, poco hidratada, sin tolerancia a la vía oral, el plan de tratamiento era el siguiente: “P / CPRE – COLOCACIÓN DE STEN MAÑANA – REPORTE HEMOCULTIVO”. (archivo 2, pág. 21).

10.2.23. El 18 de enero de 2012, a las 00 horas se consignó monitoreo en la Unidad de Cuidados intensivos, el diagnóstico fue una falla respiratoria aguda. (archivo 2, págs. 22-37).

10.2.24. El 19 de enero de 2012, a las 02:26 horas, se registró ingreso de la señora Claudia Patricia Gallego Quintero, a la Unidad de Cuidados Intensivos, el diagnóstico, indicando que, hacía aproximadamente una hora, había presentado paro cardiorrespiratorio, requiriendo

reanimación cardio-cerebro-pulmonar, por aproximadamente 10 minutos, hecho que dio lugar al traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos, donde presentó nuevamente paro con reanimación por aproximadamente 7 minutos, que puede significar un alto riesgo de daño neurológico por noxa hipóxica. (archivo 2, págs. 38-39).

10.2.25. En la misma fecha, se consignó en la historia clínica, que los diagnósticos de la paciente correspondían a: septicemia no especificada, paro cardíaco con resucitación exitosa, encefalopatía no especificada, además se relacionó:

“PROBLEMAS

INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA SECUNDARIA A CHOQUE SÉPTICO DE ORIGEN BILIAR- ESTADO POST-REANIMACIÓN (2 PAROS C-R). EN SU 9 DÍA DE POST DE COLECISTECTOMIA (EN PUTUMAYO). CON DEHISCENCIA DE MUÑÓN DEL CÍSTICO Y FÍSTULA BILIAR, PERITONITIS GENERALIZADA-5 DE HOSPITALIZACIÓN EN NUESTRA INSTITUCIÓN”. (archivo 2, págs. 44-46).

10.2.26. El 20 de enero de 2012 a la señora Claudia Patricia Gallego Quintero, le fue practicado un lavado peritoneal, como hallazgos se registró que *“NO SE ENCUENTRAN COLECCIONES SUBFRENICA, SUBHEPÁTICA, NI PELVICA FÍSTULA BILIAR A LAPAROSTOMIA”.* (archivo 2, pág. 56).

10.2.27. El 23 de enero de 2012, según reporte de historia clínica se decidió llevar a la señora Claudia Patricia Gallego Quintero a coma barbitúrico, debido a la escasa mejoría del edema cerebral. (archivo 2, pág. 84).

10.2.28. El 25 de enero de 2012, se consignó en la historia clínica que el abdomen de la paciente se encontraba normal, fístula organizada y que

el foco actual no se encuentra en abdomen, pues se sospecha de endocarditis bacteriana u otro foco infeccioso. (archivo 2, págs. 104-107).

10.2.29. El 1 de marzo de 2012 se registró en la historia clínica que, la señora Claudia Patricia Gallego Quintero fue diagnosticada con insuficiencia renal crónica, encefalopatía e insuficiencia respiratoria aguda. (archivo 3, pág. 74).

11. El Daño.

11.1.1. El artículo 90 constitucional dispone que el Estado responda patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas. Esta responsabilidad del Estado se hace patente cuando se configura un daño, el cual deriva su calificación de antijurídico atendiendo a que el sujeto que lo sufre no tiene el deber jurídico de soportar el perjuicio, tal como ha sido definido por la jurisprudencia del Honorable Consejo de Estado¹⁰.

11.1.2. En este caso, de acuerdo con las pruebas allegadas, el daño se concretó en estricto sentido en las afectaciones a la salud que padece la señora Claudia Patricia Gallego Quintero de manera específica encefalopatía hipóxica isquémica, coma vigil y falla renal, que dieron lugar a que fuera calificada con 90,85% de pérdida de la capacidad laboral.

12. La Imputación del Daño.

¹⁰ Cf. DE CUPIS, Adriano "El Daño", Ed. Bosch, Barcelona, 2ª edición, 1970, pág. 82.

Según la posición jurisprudencial que ha manejado el Consejo de Estado, los casos de falla médica son revisados actualmente bajo el régimen de la **falla probada del servicio**, en el cual no solo debe demostrarse la existencia de un daño, sino también que este resulta imputable a la entidad demandada.

En el asunto *sub examine* y una vez realizada la valoración del material probatorio, ha de estarse a lo consagrado en el artículo 167 del Código General del Proceso, cuando previene que: ***“Incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen...”***, pues no es suficiente que en la demanda se hagan afirmaciones sobre la existencia del daño, como quiera que ***“el demandante no puede limitarse, si quiere sacar adelante su pretensión, a hacer afirmaciones sin respaldo probatorio”***¹¹.

Por lo anterior, habrá de analizarse en conjunto el material probatorio arrimado desde la presentación de la demanda y recaudadas a lo largo del litigio.

13. De las Historias Clínicas.

13.1. En este punto de la discusión, recuerda la Sala que la historia clínica constituye la pieza probatoria fundamental en el presente asunto, y en términos generales, dado que en ella debe consignarse toda la información relevante del paciente; es también el medio más idóneo con el que cuenta el personal médico y sus instituciones para demostrar que la actividad médica fue adecuada, diligente y oportuna, cumpliendo con los criterios de diligencia, pericia y prudencia establecidos por la *lex artis*

¹¹ Consejo de Estado; Sección Tercera, Sentencia del 1 de febrero de 2012, Exp. 21466; C.P. Enrique Gil Botero.

para determinada patología. Así, la Ley 23 de 1981 definió a la historia clínica en su artículo 34¹² y la consideró tan importante que, en 1999, el Ministerio de Salud expidió la Resolución 1995 de 1999 en la que se reguló todo lo relacionado con ésta y, se establecieron las características que la misma debía reunir, así como la forma de diligenciarla.

13.2. Es así que, del estudio de la historia clínica de la señora Claudia Patricia Gallego Quintero, se tiene que, el 24 de diciembre de 2011, le fue practicada una colecistectomía, pues según diagnóstico médico la paciente presentaba colecistitis aguda. (archivo 1, pág. 50), el anterior procedimiento fue realizado en el Hospital San Francisco de Asís, con duración de 1 hora y 30 minutos.

13.3. La historia clínica da cuenta, que el procedimiento quirúrgico practicado no presentó complicaciones, es así, que el 25 de diciembre de 2012 se ordenó dar salida con algunas recomendaciones. (archivo 1, págs. 58-59).

13.4. El 4 de enero de 2012, la paciente acudió al servicio de urgencias del Hospital Universitario San Francisco de Asís, donde presentaba abdomen distendido, sin signos de infección local o inflamatorios; sin embargo, se consignó que presentaba síndrome icterico secundario con coledocolitiasis residual, es así que se ordenó remisión de la paciente a un Hospital de III nivel para valoración y manejo por cirugía general, en caso de que se necesitaran otro tipo de procedimientos. (archivo 1, pág. 69).

¹² "ARTÍCULO 34. – La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado, sometido a reserva, que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley.
Conc. D. 3380/81. Art. 23. – "El conocimiento que de la historia clínica tengan los auxiliares del médico o de la institución en la cual éste labore, no son violatorios del carácter privado y reservado de ésta".

13.5. El 6 de enero de 2012 la señora Claudia Patricia Gallego Quintero fue ingresada al Hospital Universitario Departamental de Nariño, la historia clínica da cuenta, que la paciente se encontraba consciente, orientada, con dolor a la palpación de hipocondrio derecho, la herida quirúrgica se encontraba en adecuado proceso de cicatrización suturada. (archivo 1, pág. 95).

13.6. Por otra parte, se debe mencionar, que en la historia clínica de la paciente Claudia Patricia Gallego Quintero se reportaron antecedentes de hipertensión arterial. (archivo 1, pág. 96).

13.7. El mismo día, a la paciente se le diagnóstico de manera presuntiva cálculo de la vesícula biliar sin colecistitis “colelitiasis”, colelitiasis residual, y se indicó que se debía descartar colangitis. (archivo 1, pág. 96).

13.8. Asimismo, la historia clínica indicó que a la paciente se le prescribieron analgésicos y antibióticos, además le fue ordenado una ecografía de abdomen superior e interconsulta con cirugía general. (archivo 1, pág. 96, 98).

13.9. A la paciente le fueron practicados los exámenes de ecografía de abdomen y ecografía TAC abdominal, donde se indicó:

De lectura de imagenología de ecografía de abdomen

- “Hay presencia de líquido libre intraperitoneal que supera los 2000 cc
- Hígado graso sin lesiones focales
- Vía biliar no dilatada
- Colédoco 3 mm
- No se visualiza el páncreas por interposición de gas
- Bazo y riñones de aspecto normal
- Hay distensión gaseosa de asas intestinales en relación con un íleo de tipo inespecífico
- Recomendando realizar TAC abdominal para definir diagnóstico
- Debe correlacionarse con la clínica”. (archivo 1, pág. 102).

Lectura de imagenología ecografía de TAC abdominal:

- “• Hígado de forma, tamaño y densidad normales sin evidencia de lesiones parenquimatosas focales o difusas en su interior.
- No se visualiza vesícula
- Bazo, páncreas, confluente esplenoportal, glándulas suprarrenales y retroperitoneo sin alteraciones.
- No se definen adenomegalias retroperitoneales, mesentéricas o en las cadenas iliacas.
- Riñones de tamaño y posición normales, los cuales concentran y eliminan en forma adecuada y simétrica el medio de contraste, sin definirse lesiones focales en sus parénquimas.
- Sistemas pielocaliciales y uréteres sin alteraciones. Vejiga parcialmente distendida sin alteraciones.
- Cavidad gástrica distendida sin apreciar engrosamientos focales de la pared
- Distensión de asas del intestino delgado primordialmente con conservación de las asas del colon apreciando adecuado tránsito del medio de contraste
- Útero y anexos sin alteración.
- No se identifican masas, ni colecciones en cavidad abdominal.
- Abundante líquido libre al interior de la cavidad abdominal medializando las asas intestinales
- Pared abdominal y estructuras óseas visualizadas de aspecto escanográfico usual.

OPINIÓN.

1. ASCITIS
2. DISCRETA DISTENSION DE ASAS INTESTINALES DELGADAS”. (archivo 2, pág. 1).

13.10. Según la historia clínica, para el 8 de enero de 2012, la señora Claudia Patricia Gallego Quintero se encontraba estable y presentaba mejoría, se reiteró el diagnóstico de pancreatitis aguda. (archivo 2, pág. 2).

13.11. El 10 de enero de 2012 debido a la evidencia de líquido libre abundante intraabdominal se ordenó drenaje percutáneo. (archivo 2, pág. 6).

13.12. El 11 de enero de 2012, la apaciente presentaba regulares condiciones generales, afebril y con sonda nasogástrica a drenaje con

“100 CC DE LIQUIDO BILIOSO”, estable y se indicó que se había ordenado laparotomía exploratoria. (archivo 2, pág. 9).

13.13. La historia clínica señaló, que el 11 de enero de 2012, se realizó laparotomía exploradora, drenaje de peritonitis y lavado peritoneal:

“ASEPSIA Y ANTISEPSIA - COLOCACION DE CAMPOS QUIRURGICOS - INCISION DESCRITA - DISECCION POR PLANOS HASTA CAVIDAD - DRENAJE DE BIOLIOPERITONEO - EXPLORACION DE CAVIDAD - SE IDENTIFICA TEMIDO DE DEGRANULAION SOBRE LECHO QUIRURGICO - NO SE IDENTIFICA VIA BILIAR - SE REALIZA LAVADO PERITOENAL CON 5000 CC DE SUERO FISIOLOGICO - SE DEJA DREN DE PENROSE PUESTO SOBRE SONDA NELATON EN SITIO DE LECHO QUIRURGICO - SE REALIZA HEMOSTASIA - SE DEJA LAPAROTOMIZADO CON BOLSA DE BOGOTA RECUENTO COMPLETO DE COMPRESAS”. (archivo 2, pág. 10).

13.14. Para el 12 de enero de 2012, se consignó, que la señora Claudia Patricia Gallego Quintero se encontraba en mejores condiciones, con leve dolor abdominal, con herida quirúrgica con bolsa de Bogotá, con secreción biliosa, con dren funcionando parcial, sin signos de infección, ni sangrado y que se había decidió retirar sonda nasogástrica. (archivo 2, pág. 13).

13.15. En la historia clínica se indicó, que el 13 de enero de 2012 la paciente se encontraba estable; sin embargo, venía presentando tensión elevada, por lo que se decidió aumentar medicamento antihipertensivo. (archivo 2, pág. 14).

13.16. Para el 14 y 15 de enero de 2012, paciente se encontraba estable, afebril, con secreción biliosa, con dren funcionando parcial, sin signos de infección, ni sangrado. El 15 de enero, fue valorada por cirugía general, quien ordenó “CPRE + STENT BILIAR”. (archivo 2, pág. 16).

13.17. Asimismo, el mismo día fue valorada por gastroenterología y se programó “CPRE + STENT BILIAR” para el 19 de enero de 2012, no sin antes de valoración con medicina interna y anestesiología. (archivo 2, pág. 17)

13.18. La historia clínica da cuenta, que para el 16 y 17 de enero de 2012, la señora Claudia Patricia Gallego Quintero se encontraba estable, afebril, por hidratada, por lo que se decidió aumentar hidratación, además de indicó que el drenaje estaba activo, sin SIRS, sin dificultad respiratoria. (archivo 2, pág. 19).

13.19. El 17 de enero de 2012, le fue practicado un “RX DE TÓRAX”, mismo, que según reporte se encontraba dentro de la normalidad. (archivo 2, pág. 20).

13.20. Se consignó, que el 18 de enero de 2012, la situación de salud de la paciente era estable, afebril, poco hidratada se reiteró el plan de tratamiento “P / CPRE – COLOCACIÓN DE STEN MAÑANA – REPORTE HEMOCULTIVO”. (archivo 2, pág. 21).

13.21. En la historia clínica se registró el 19 de enero de 2012, a las 02:26 horas que la señora Claudia Patricia Gallego Quintero había ingresado a la Unidad de Cuidados Intensivos hacía aproximadamente una hora, la paciente había presentado paro cardiorrespiratorio, requiriendo reanimación cardio-cerebro-pulmonar, por aproximadamente 10 minutos, hecho que dio lugar al traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos, donde presentó nuevamente paro con reanimación por aproximadamente 7 minutos, que puede significar un alto riesgo de daño neurológico por noxa hipóxica. (archivo 2, págs. 38-39).

13.22. De igual manera, se consignó:

“PROBLEMAS

INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA SECUNDARIA A CHOQUE SEPTICO DE ORIGEN BILIAR- ESTADO POST-REANIMACIÓN (2 PAROS C-R). EN SU 9 DÍA DE POP DE COLECISTECTOMIA (EN PUTUMAYO). CON DEHISCENCIA DE MUÑON DEL CISTICO Y FÍSTULA BILIAR, PERITONITIS GENERALIZADA-5 DE HOSPITALIZACION EN NUESTRA INSTITUCIÓN”. (archivo 2, págs. 44-46).

13.23. El 20 de enero de 2012, se realizó un lavado peritoneal, donde se registró: “NO SE ENCUENTRAN COLECCIONES SUBFRENICA, SUBHEPATICA, NI PELVICA FÍSTULA BILIAR A LAPAROSTOMIA”. (archivo 2, pág. 56).

13.24. Se registró el 23 de enero de 2012, que se decidió llevar a la señora Claudia Patricia Gallego Quintero a coma barbitúrico, debido a la escasa mejoría del edema cerebral. (archivo 2, pág. 84).

14. Otras pruebas que obran en el expediente

14.1. El 9 de octubre de 2012 el Grupo Interdisciplinario de Calificación de Pérdida de la Capacidad Laboral y Origen de Seguros de Vida Alda S.A., emitió dictamen, calificando a la señora Claudia Patricia Gallego Quintero con 90,85% de pérdida de la capacidad laboral, estableciendo como fecha de estructuración el 19 de enero de 2012. (archivo 5, págs. 97-102).

14.2. Obra dictamen realizado por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, enviado al Juzgado Tercero de Familia, con ocasión al proceso de interdicción de la señora Claudia Patricia Gallego, en dicho informe se indicó:

“CONCLUSIONES

La examinada, CLAUDIA PATRICIA GALLEGO QUINTERO, presenta un Trastorno Mental de carácter permanente (Síndrome Mental Orgánico) como consecuencia de Encefalopatía Hipóxica Isquémica pos reanimación, que le impide administrar sus bienes y disponer de ellos”. (archivo 6, págs. 50-55).

14.3. Obra prueba documental, donde el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Unidad Básica de Pasto, analizó la historia clínica de la señora Claudia Patricia Gallego Quintero. (archivo 14, págs. 95-99).

15. Análisis de las Pruebas en Conjunto

15.1. El Tribunal encontró acreditado, que el 24 de diciembre de 2011 a la señora Claudia Patricia Gallego Quintero le fue practicada una colecistectomía abierta, en el Hospital San Francisco de Asís, cirugía que, como se consignó en la historia clínica contó con el respectivo consentimiento informado. (archivo 1, págs. 56-57).

15.2. De la historia clínica se aprecia que la cirugía fue realizada sin ninguna complicación, por lo que, el 25 de diciembre de la misma anualidad, fue dada de alta, sin perjuicio, de la prescripción de medicamentos, entre estos ampicilina y acetaminofén. (archivo 1, págs. 64-65).

15.3. Frente al servicio médico prestado en el Hospital San Francisco de Asís, no se encuentra acreditado, que esta entidad, hubiese dejado de practicar exámenes médicos o se desconocieran obligaciones sanitarias como la correspondiente a obtener el consentimiento informado.

15.4. Frente a este último, ni la Ley 23 de 1981 por medio del cual se dictan normas en materia de ética médica, ni el Decreto 3380 de 1981 por medio del cual se reglamenta la mentada ley, advierten alguna formalidad respecto de la manifestación de la voluntad del paciente; es por esto, que

no se puede afirmar que en el presente asunto la entidad demandada, desconoció este deber, por no existir un documento donde de manera expresa se evidencie la manifestación de la voluntad, máxime cuando en la historia clínica se consignó que este había sido firmado.

15.5. Ahora bien, se tiene que, el 4 de enero de 2012 la señora Claudia Patricia Gallego Quintero ingresó de urgencia al Hospital Universitario San Francisco de Asís, pues presentaba dolor abdominal y deposiciones diarreicas. En la historia clínica se indicó, que, para ese día, la paciente presentaba abdomen distendido; sin embargo, no mostraba signos de infección local.

15.6. El 5 de enero de 2012, se registró, que la paciente no presentaba dolor a la palpación de la herida suturada, ni signos inflamatorios; sin embargo, presentaba síndrome ictérico secundario con coledocolitiasis residual. El mismo día, se dispuso remisión a hospital de III nivel, pues a juicio del médico tratante se requería valoración y manejo por cirugía general “Necesidad de CPRE” y toma de biopsia, papilotomía, extracción de cálculos y colocación de “STENTE”. (archivo 1, pág. 69).

15.7. Se probó, que la señora Claudia Patricia Gallego Quintero, el 6 de enero de 2012 ingresó al Hospital Universitario Departamental de Nariño. Según reporte de la historia clínica, para la fecha de ingreso a esta institución, la paciente se encontraba afebril, sin déficit cardiopulmonar, abdomen blando distendido con abundante panículo adiposo, tenía dolor a la palpación, Murphy positivo, extremidades simétricas, no edema neurológico sin déficit y se estableció como diagnóstico presuntivo cálculo de la vesícula biliar sin colecistitis, sin colelitiasis, colelitiasis

residual, precisando que se debía descartar una colangitis. (archivo 1, pág. 96).

15.8. De manera temprana, a la paciente le fueron suministrados analgésicos, antibióticos y se ordenó una ecografía de abdomen superior e interconsulta con cirugía general.

15.9. La parte demandante, refirió que, la patología de la señora Claudia Patricia Gallego Quintero para ese momento denotaba una urgencia y el tratamiento era eminentemente quirúrgico. Frente a lo anterior, encuentra la Sala, que, el médico internista **Marco Antonio Solarte Portilla**, al rendir su declaración, manifestó, que, si bien no es de su especialidad, una complicación postoperatoria requiere manejo quirúrgico cuando se encuentra en sepsis; es decir, que **está** en compromiso de sus funciones vitales y cuyos signos se encuentran alterados, con taquicardia, inflamación sistémica, existencia de un foco evidente o no evidente y ante el peligro inminente de muerte. Que, si no se evidencian esas condiciones, y el paciente proviene de otra institución, se pueden realizar estudios para aclarar las causas del foco infeccioso, que muchas veces no requiere manejo quirúrgico.

15.10. El testigo indicó que, revisada la historia clínica de la paciente del 6 de enero, puede asegurar que no cursaba con un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica o sepsis, que obligara a tomar la decisión de una cirugía urgente.

15.11. Asimismo, el médico internista **Guillermo Edmundo Delgado Meneses**, al testificar señaló, que se debe llevar a una cirugía de urgencia

en los siguientes eventos: 1) que se sospeche de sangrado y caída de la tensión; 2) que haya un proceso infeccioso clínico y paraclínico; 3) que exista un abdomen agudo con signos de irritación peritoneal. Que, revisada la historia clínica de la paciente se evidenció que, se trataba de una paciente estable, afebril sin signos de irritación peritoneal, por lo que, ameritaba valoración por cirugía.

Además, manifestó, que se debía tener en cuenta que, la paciente provenía de una institución de menor complejidad y que, ya se había realizado una intervención quirúrgica, por lo que el médico no puede tomar una conducta que dicte otro médico, sin haber valorado objetivamente a la paciente.

15.12. Es así, que, frente a este argumento, el Tribunal encuentra que en efecto la paciente venía de un hospital de menor nivel, y que la historia clínica de la señora Claudia Patricia Gallego Quintero reportaba que, para ese momento, se encontraba con los signos vitales estables y *“CONSCIENTE, ORIENTADA, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE DOLOROSO A LA PALPACION DE HIPOCONDRIOS DERECHO, HERIDA QUIRURGICA EN ADECUADO PROCESO DE CICATRIZACION SUTURADA”* (**archivo 1, pág. 95**), estado de salud, que permitía realizar exámenes y procedimientos médicos tendientes en diagnosticar a la paciente, por lo tanto, no se existe reproche ante las medidas tomadas por el Hospital Universitario Departamental de Nariño.

15.13. De la historia clínica se evidencia, que a la señora Claudia Patricia Gallego Quintero fue valorada por cirugía general el 6 y 7 de enero de 2012

donde se descartó que estuviera en presencia de una colelitiasis residual. (archivo 1, págs. 100-101).

15.14. Asimismo, le fue practicada una ecografía de abdomen superior y según el radiólogo Rubén Darío Suárez en el informe de lectura de imagenología de ecografía de abdomen precisó que existía “*presencia de líquido libre intraperitoneal que supero los 2000 cc*”, (archivo 1, pág. 102).

15.15. De igual manera, el 7 de enero de 2012, a la demandante le fue practicado un TAC abdominal donde el radiólogo Luis F. Caicedo rindió informe de lectura de imagenología indicando en su opinión que se estaba en presencia de una ascitis y discreta distensión de asas intestinales. (archivo 2, pág. 1).

15.16. Los anteriores exámenes evidencian, que el Hospital Universitario Departamental de Nariño puso a disposición de la paciente los recursos médicos, a fin de brindar el tratamiento médico adecuado para la mejoría de su salud, además, pues de la historia clínica se evidencia que para el 7 de enero de 2012 la evolución de la señora Claudia Patricia Gallego Quintero era buena. (archivo 2, pág. 2).

15.17. Asimismo, el 8 de enero de 2012, se evidencia que, la señora Claudia Patricia Gallego Quintero se encontraba estable clínicamente y que presentaba una mejoría.

15.18. Si bien, para el 9 de enero de 2012, la nota médica de medicina general es ilegible, no se desconoce que la señora Claudia Patricia Gallego

Quintero fue continuamente valorada por médicos de esta especialidad. (archivo 2, pág. 4).

15.19. El 10 de enero de 2012, luego del reporte del TAC abdominal, el cirujano general indicó en la nota médica que se trataba de una “PACIENTE EN SU POSTOPERATORIO DÍA 17 DE COLECISTECTOMÍA, EVOLUCIÓN CON DISTENCIÓN ABDOMINAL Y SIRS SE OBSERVA EN TOMOGRAFÍA DE ABDOMEN COLECCIONES SUBFRÉNICAS, SE SOLICITA DRENAJE PERCUTÁNEO GUIADO POR TAC”. (subrayado fuera de texto). (archivo 8, pág. 83).

15.20. Frente a la idoneidad del plan de tratamiento ordenado, en este caso el drenaje percutáneo guiado por TAC, el testigo **Marco Antonio Solarte Portilla** indicó que la conducta a seguir debe ser tomada por los cirujanos, que, en el presente caso, se trataba de una paciente que ya había sido operada, por lo que, en principio se ofrece lo mínimamente invasivo, que en este caso sería la extracción de líquido guiado por tomografía.

Por su parte, el Instituto de Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, al preguntarle por los riesgos para la salud de la paciente ante la presencia de líquido libre en la cavidad abdominal, precisó:

“(...) la complicación que se genera por la acumulación de este líquido en la infección, la cual se disemina por todo el cuerpo en corto tiempo, por lo cual el tratamiento debe estar encaminado a buscar el origen de dicha acumulación de líquido y luego realizar la extracción del mismo a través de drenaje percutáneo o por laparotomía”. (subrayado fuera del texto) (archivo 14, págs. 95-99).

15.21. A la luz de las pruebas obrantes en el expediente, para el Tribunal, el tratamiento que decidió seguir el Hospital Universitario Departamental

de Nariño ante la presencia de líquido en la cavidad abdominal fue acorde a la *lex artis*. Debe mencionarse, que si bien, los exámenes que confirmaron la existencia de este líquido fueron realizados el 7 de enero de 2012 y la realización de este procedimiento, según la historia clínica data del 11 de enero de 2012, no puede echarse de menos, que la paciente en estos días se encontraba estable y con buena evolución al tratamiento antibiótico.

15.22. Según nota de medicina general del 11 de enero de 2012, la paciente no presentaba colección en la cavidad abdominal. (archivo 8, pág. 83).

15.23. Para el 12 de enero de 2012, según la historia clínica, la paciente se encontraba en mejores condiciones generales, afebril, estable, con herida quirúrgica con bolsa de Bogotá, con secreción biliosa, con dren funcionando parcial, sin signos de infección, ni sangrado, se decidió retirar sonda nasogástrica y según nota médica de cirugía general “LA PACIENTE EN SU 1 DÍA DE POSTOPERATORIO DE DRENAJE PERITONEAL Y 18 DÍAS DE POSTOPERATORIO DE COLECISTECTOMÍA, CON MEJORÍA CLÍNICA, DISMINUCIÓN DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA, SIN PRESENCIA DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, ABDOMEN LAPAROTOMÍA, DRENAJE DE LÍQUIDO BILIAR POR DREN Y BORDES LAPAROTOMIZADOS, FÍSTULA BILIAR” (archivo 8, pág. 84).

15.24. Frente a la existencia de la fístula biliar que se reportó en la nota médica de cirugía general, el Médico internista **Guillermo Edmundo Delgado Meneses** al rendir su testimonio señaló que, una fístula es cuando se pone en comunicación un ambiente interno hacía afuera, que una complicación de la cirugía de colecistectomía puede ser esta.

Por su parte, el médico **Marco Antonio Solarte Portilla** declaró que, una fístula por dehiscencia de muñón significa que cuando se realiza la colecistectomía se debe realizar bien la sutura pues, si esto llega a ocurrir la bilis sigue drenando por la falsa ruta de la fístula. Además, indicó, que no es muy frecuente, que, puede ocurrir en un porcentaje menor y la causa es la cirugía previa. Frente al tratamiento, manifestó, que muchas veces se cierran con drenaje y un porcentaje menor requiere intervención. Indicó, que, las fístulas pueden ser de gasto alto y bajo, las de gasto alto tardan más de 15 días en cerrar, hasta que se tome la decisión de si se va a realizar cirugía.

Además, expresó, que si es una fístula de gasto alto que no disminuye en el término de 3 días debe ser llevada a cirugía y si es una fístula sin compromiso sistémico hasta los 7 a 15 días; no obstante, precisó que no era su experiencia médica.

Que, según el testigo, las consecuencias de la fístula pueden ser de origen infeccioso, mayor estancia hospitalaria, mayor probabilidad de gérmenes institucionales, mayores problemas con el tema de la nutrición pues se requiere de una nutrición parental mientras se cierra la fístula.

15.25. Por su parte el Instituto de Medicina Legal al interrogarse por el hallazgo y protocolo a seguir de la fístula biliar, indicó, que la presencia de una fístula biliar hace referencia a la comunicación de un trayecto con otro.

En cuanto al manejo, indicó que como todo trayecto fistuloso debe cerrar, pero debido a la inflamación aguda algunos cirujanos deciden colocar un drenaje que permita la eliminación de líquido biliar, que otro tratamiento que se platea desde la gastroenterología, es la colocación de un “Stent”; no obstante, la decisión de una u otra forma de tratamiento dependerá del criterio del cirujano y las condiciones clínicas de la paciente. Precisa que *“hay que resaltar que la paciente presenta un biliperitoneo de 1500 cc, con lo cual el tiempo se vuelve en contra ya que como se explicó anteriormente, este líquido se puede sobre infectar y llevar al paciente a una falla orgánica múltiple por una septicemia y su fallecimiento”*. (archivo 14, págs. 95-99).

15.26. Al respecto, encuentra la Sala, que, según la historia clínica, la paciente luego del drenaje de líquido biliar se encontraba en mejores condiciones generales, afebril y con disminución de respuesta inflamatoria sistémica, por lo que, no se evidencia que hubiere existido una inoportunidad en el tratamiento médico.

15.27. El 13 de enero de 2012, la demandante seguía estable, sin presencia de respuesta inflamatoria sistémica, afebril, sin ictericia y continuaba con drenaje biliar. Se reportó que la paciente venía presentando cifras tensionales elevadas, por lo cual se ordenó aumentar medicamento antihipertensivo. (archivo 8. Pág. 84).

15.28. Para el 14 de agosto de 2012, según nota de medicina general la señora Claudia Patricia Gallego se encontraba estable, con evolución satisfactoria. (archivo 8. Pág. 84).

15.29. El 15 de enero de 2012, la paciente se encontraba estable y se evidencia que, cirugía general ordena “COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETRÓGRADA EDOSCÓPICA MASSTENT BILIAR”. (archivo 2, pág. 16 y archivo 8. Pág. 84), dicho procedimiento fue programado para el 19 de enero de 2012, previa valoración con medicina interna y anestesiología. (archivo 2, pág. 17).

15.30. Para el 16 de enero de 2012, la paciente se encontraba estable, afebril, poco hidratada, por lo que se ordenó aumentar hidratación y se reiteró el plan de tratamiento “CPRE + STENT BILIAR”. (archivo 2, pág. 18).

15.31. Según nota médica de cirugía general del 17 de enero de 2012, la paciente no tenía presencia de respuesta inflamatoria sistémica y no presentaba dificultad respiratoria. Además, se evidencia que la “COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETRÓGRADA EDOSCÓPICA”, había sido ordenada para disminuir el gasto de la fístula. (archivo 2, pág. 19).

15.32. Asimismo, le fue practicado un “RX DE TÓRAX”, que se encontraba dentro de la normalidad, el anterior examen fue realizado por el radiólogo Carlos Fernando Núñez Guerrero. (archivo 2, pág. 20).

15.32.1. El 18 de enero de 2012, la señora Claudia Patricia Gallego Quintero se encontraba estable, afebril, reiterando que el tratamiento médico a realizar era “P / CPRE – COLOCACIÓN DE STEN MAÑANA – REPORTE HEMOCULTIVO”. (archivo 2, pág. 21).

15.33. Que, según la historia clínica, el paro cardiorrespiratorio se debió a una insuficiencia respiratoria aguda secundaria a choque séptico de origen biliar”. (archivo 2, págs. 44-46).

15.34. Teniendo en cuenta el material probatorio obrante en el expediente, se encuentra acreditado que, el paro cardiorrespiratorio obedeció a una insuficiencia respiratoria aguda secundaria a un choque séptico de origen biliar; sin embargo, no se evidencia, que este choque séptico hubiere sido originado por una ineficiente, inoportuna e inadecuada prestación del servicio médico.

15.35. La historia clínica reportó, que la paciente presentó mejoría al procedimiento de drenaje percutáneo y según el médico Marco Antonio Solarte Portilla y también lo afirmado por el Instituto de Medicina Legal, el tratamiento a seguir en presencia de una fístula biliar podía ser drenaje o la colocación del “Stent”, dejando a criterio del cirujano la decisión, destacando que, dependía en gran medida de las condiciones de la paciente, que, como se observó, se encontraba estable, afebril y según reporte de cirugía general, para el 17 de enero de 2012 la señora Claudia Patricia Gallego no tenía presencia de respuesta inflamatoria sistémica.

15.36. Para el Tribunal, no resultó acreditado que el daño padecido por la señora Claudia Patricia Gallego Quintero sea imputable a las entidades demandadas. En el *sub lite*, no se probó que la parte accionada hubiere actuado de manera ineficiente, inoportuna e inadecuada en la prestación del servicio médico brindado a la paciente y que causalmente la supuesta demora y el error en el diagnóstico hubiera dado lugar a la ocurrencia del paro cardiorrespiratorio y consecuentemente la encefalopatía hipóxica

isquémica, coma vigil y falla renal, que dieron lugar a que fuera calificada con 90,85% de pérdida de la capacidad laboral.

Bajo esas consideraciones, se procederá a confirmar la sentencia de primera instancia.

16. COSTAS PROCESALES.

10.1. Atendiendo que la jurisprudencia del H. Consejo de Estado no tiene un criterio unificado sobre la condena en costas¹³, considera el Tribunal pertinente exponer las motivaciones que llevan a razonar, desde el punto de vista objetivo, si hay lugar o no, en cada caso, a imponer condena en costas.

10.2. De antemano este Tribunal considera que en el *sub judice* habrá lugar a condenar en costas en segunda instancia a la parte demandante ante la confirmación de la sentencia de primera instancia y la no prosperidad del recurso de apelación interpuesto contra la misma.

No obstante; habrá de tenerse en cuenta que, mediante auto de 22 de junio de 2016, el Juzgado Quinto Administrativo del Circuito de Pasto concedió amparo de pobreza a la señora Claudia Patricia Gallego Quintero y a la menor Valentina Massa Gallego, no así frente al señor José David Massa León. (archivo 13. Págs. 29-30).

Es preciso anotar que la actuación a través de apoderado conlleva la causación de agencias en derecho y por ende de costas procesales. Es

¹³ Vr. gr. las subsecciones de la Sección Segunda del H. Consejo de Estado tienen criterio distinto sobre el tema.

claro que la parte a través de su apoderado, cumple su tarea de defensa dentro del proceso a través de distintas estrategias sea interviniendo directamente a través de peticiones, alegaciones, argumentos, acudiendo y/o interviniendo en las audiencias que se surten (Vr. Gr. Interrogando, contrainterrogando, etc), o bien bajo la simple actividad “*in vigilando*” del desarrollo del proceso.

Es más, adviértase como el artículo 366-3° del CGP proviene que la liquidación de costas incluirá las agencias en derecho que fije el magistrado sustanciador o el juez, *aunque se litigue sin apoderado*.

Ello indica entonces que las tareas o actividades aludidas, las cumple la parte procesal, así litigue sin apoderado. Tal circunstancia implica y evidencia la causación de costas procesales en este proceso¹⁴.

Se exponen entonces los argumentos jurídicos que rodean el tema de costas procesales y que respaldan la decisión aquí aludida.

10.3. De acuerdo con el art. 188 del C.P.A. y C.A. habría lugar a condena en costas en la sentencia y para su imposición debe acudir a la regulación establecida en el Código General del Proceso.

a) Así, conforme al art. 365 del CGP en los procesos y actuaciones en que haya controversia se condenará en costas a la parte vencida en el

¹⁴ Reafirma el argumento aquí expuesto lo decidido en sentencias de la Sección Primera del Consejo de Estado, 68001 23 33 000 2019 00250-01 del 28 de enero de 2021 y 68001 23 33 000 2019 00411-01(AP) del 27 de mayo de 2021, en las cuales indica que aún las entidades públicas, como la Defensoría del Pueblo, quien tienen la función legal de interponer acciones populares en defensa de los intereses colectivos, también puede ser acreedora de costas procesales.

proceso, o a quien se le resuelva de manera desfavorable el recurso de apelación, casación, queja, súplica, anulación o revisión que haya propuesto.

b) Correlativamente los artículos 361 y 366 ídem, establecen que **las costas están integradas por la totalidad de las expensas y gastos sufragados durante el curso del proceso y por las agencias en derecho.**

Las costas serán tasadas y liquidadas con criterios objetivos y verificables en el expediente.

Para **la fijación de agencias en derecho** deberán aplicarse las tarifas que establezca el Consejo Superior de la Judicatura. Si aquéllas establecen un mínimo y un máximo el juez debe atender otros criterios, que adelante se indicarán.

c) Es entonces que habrá de indicarse que la condena en costas es una carga de estirpe objetivo y que se impone a la parte vencida en el proceso, sin que sea dable examinar la conducta o proceder subjetivo de esa parte; luego no puede consultarse, respecto de ella, la conducta observada en el curso del proceso, si obró o no con temeridad, o de buena o mala fe.

No es dado que el juez realice un juicio de valor respecto del comportamiento procesal de la parte vencida en el proceso, para establecer si le condena o no en costas; basta con advertir que se trata de la parte vencida en el debate procesal para impartirle condena en costas.

Sea del caso traer a referencia lo dicho por la jurisprudencia constitucional sobre el tema, en sentencia C-157 de 2013 que declaró la constitucionalidad del artículo 206 de la Ley 1564 de 2012:

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

Es entonces que la condena en costas, conforme al art. 365 del CGP, se impone a la parte vencida, es un criterio objetivo; por esta razón no hay lugar a examinar si las partes actuaron de mala fe o con temeridad (criterio subjetivo).

d) Condena Parcial en Costas Procesales. Cuándo procede la condena parcial en costas.

En efecto, la condena parcial en costas (integrada por agencias en derecho y los demás gastos del proceso) tiene sustento en el **artículo 365 numeral 5° del CGP**, cuando previene que: *“En caso de que prospere parcialmente la demanda, el juez podrá abstenerse de condenar en costas o pronunciar condena parcial, expresando los fundamentos de su decisión”*. Igual disposición se consigna en los Acuerdos 1887 de 2003 y PSAA16-10554 de 2016 del Consejo Superior de la Judicatura (artículo 3° parágrafo 5°).

Es entonces que ante una prosperidad parcial de las pretensiones de la demanda es procedente pronunciar condena parcial (y no total) al pago de costas a cargo de la parte vencida. No puede entonces emitir una condena total (100%) al pago de costas cuando las pretensiones no han tenido éxito en su totalidad. Es por ello que el Juez debe examinar tal aspecto y si es del caso emitir condena parcial en costas¹⁵.

No está por demás reiterar que para la fijación de las agencias en derecho habrá de acudirse a los criterios indicados en este acápite.

e) Correlativamente para liquidar las costas, debe verificarse de manera objetiva los gastos acreditados en el proceso, como son: copias, desgloses, certificaciones, autenticaciones, notificaciones y similares (cuyos valores se atienen a la regulación que sobre el arancel judicial determine el Consejo Superior de la Judicatura).

f) Ahora, frente a las **Agencias en Derecho** para su fijación debe aplicarse el Acuerdo respectivo expedido por el Consejo Superior de la Judicatura que regula tal temática¹⁶.

El Acuerdo en cita autoriza al juez, en algunos procesos, moverse dentro del parámetro que allí se fija.

¹⁵ El Tribunal también ha precisado que " ... si hay prosperidad parcial de las pretensiones o del recurso de apelación, el juez puede **condenar parcialmente o abstenerse de condenar en costas**. Empero si la condena es parcial, debe determinarse un porcentaje, sin que se acuda a la indeterminada "condena parcial", en tanto que ello impide que en su momento (tasación de agencias en derecho y la liquidación) el juez de primera instancia y su secretaría puedan saber cuál es el porcentaje de la condena en costas.

Agrégase que no puede confundirse la condena en costas (que debe hacer el JUEZ o TRIBUNAL en la sentencia o auto) con la liquidación de las mismas que será en actuación separada. Empero la liquidación debe sujetarse a los términos de la condena." (M.P. Paulo León España Pantoja).

¹⁶ Acuerdo 1887 de 2003 (Modificado parcialmente) y el Acuerdo PSAAI6-10554 del 05 de agosto de 2016, expedidos por el Consejo Superior de la Judicatura. Este último Acuerdo se aplica solamente a los procesos iniciados a partir de su vigencia.

Tratándose de fijación de un parámetro (mínimo y máximo) debe acudirse entonces a lo dispuesto en el art. 366 núm. 4° del CGP, cuando establece que el juez tendrá en cuenta además la naturaleza, calidad y duración de **la gestión realizada por el apoderado o la parte que litigó personalmente, la cuantía del proceso y otras circunstancias especiales**, sin que pueda exceder el máximo de dichas tarifas.

g) Ha de precisarse que la fijación de agencias en derecho, que haga el magistrado sustanciador o el juez (según corresponda), se hará, aunque la parte haya litigado sin apoderado (art. 366, parte final del núm. 3° del CGP).

h) No está por demás reiterar que para la tasación fijación de las agencias en derecho habrá de acudirse a los criterios indicados en este acápite.

i) La tasación de agencias en derecho no puede hacerse en la sentencia.

16.1. De tasarse las agencias en derecho en la sentencia, se desconoce de plano el derecho de contradicción de las mismas, toda vez que la tasación que se haga en sentencia de segunda instancia no podrá ser impugnada, tal como lo autoriza el artículo 366 del C.G.P., que advierte que las agencias en derecho se impugnan a través de los recursos de reposición y apelación frente al AUTO que las aprueba.

10.4. Al respecto debe anotarse que la tasación de las agencias en derecho corresponde al Juez de primera instancia, en aplicación de la sentencia que impone costas y conforme a las reglas jurídicas ya

enunciadas (art. 366 núm. 3º CGP). La fijación la hará el juez o magistrado sustanciador (según el caso) de primera instancia a través de AUTO, para que seguidamente la Secretaría las incluya en la liquidación de costas y posteriormente el juez o magistrado sustanciador (según el caso) decida sobre su aprobación, también a través de AUTO impugnabile¹⁷.

17. CONCLUSIONES.

Se confirmará la sentencia de primera instancia, teniendo en cuenta que, de acuerdo con el análisis esgrimido por esta Sala, **i)** bajo el título de imputación de falla del servicio no se acreditó la imputación jurídica del daño. **ii)** no se acreditó que la prestación del servicio médico por parte de las entidades demandadas hubiese sido ineficiente e inoportuno, **iii)** no se configuró la existencia de un error en el diagnóstico. **iv)** se confirmará la sentencia apelada, en cuanto a que no se evidencia responsabilidad por la parte demandada en cuanto a la encefalopatía hipóxica isquémica, coma vigil y falla renal, que dieron lugar a que la señora Claudia Patricia Gallego Quinto fuera calificada con 90,85% de pérdida de la capacidad laboral (**v**). Se procederá a condenar en costas a la parte demandante señor José David Massa León, ante la no prosperidad de su recurso de apelación.

¹⁷ En otras oportunidades, respecto de ello de manera más puntual ha dicho este Tribunal:

"El Procedimiento será el siguiente:

1. El juez de la sentencia impone la condena y determina el porcentaje de la condena en costas, total o parcial.
2. El juez de primera instancia, si es del caso, moviéndose dentro de la condena total o parcial en costas, tasa a través de auto las agencias en derecho que correspondan, aplicando para ello los Acuerdos del CSJUD.
3. La secretaría efectúa la liquidación respecto de los gastos o expensas e incluye las agencias en derecho determinadas por el juez.
4. El juez emite auto aprobando la liquidación de costas (gastos y agencias en derecho).
5. La objeción a la liquidación de las agencias en derecho se realiza a través de la impugnación de aquel auto (Dicho AUTO ES APELABLE)". (M.P. Paulo León España Pantoja).

En mérito de lo expuesto, **EL TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE NARIÑO, EN SALA DE DECISIÓN, ADMINISTRANDO JUSTICIA EN NOMBRE DE LA REPÚBLICA Y POR AUTORIDAD DE LA LEY,**

RESUELVE:

PRIMERO: CONFIRMAR la sentencia de siete (7) de mayo de dos mil dieciocho (2018), aclarada el ocho (8) de mayo de la misma anualidad por el Juzgado Quinto Administrativo del Circuito Judicial de Pasto.

SEGUNDO: CONDENAR en costas de segunda instancia, en favor de la parte demandada y de los llamados en garantía y en contra de la parte demandante señor José David Massa León. Líquidense por el Juzgado de primera instancia.

TERCERO: Ejecutoriada la presente providencia y con observancia de lo dispuesto en el artículo 114 del C. G. P., expídase copias de la presente providencia a las partes a su costa, si así lo solicitaren.

CUARTO: Oportunamente devuélvase el expediente al Juzgado de origen previa anotación en el sitio web SAMAI y/o en la herramienta informática con la que cuente este Tribunal.

La anterior providencia fue discutida y aprobada en la Sala Virtual de Decisión de la fecha.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE.



PAULO LEÓN ESPAÑA PANTOJA
Magistrado.



SANDRA LUCÍA OJEDA INSUASTY
Magistrada.



ANA BEEL BASTIDAS PANTOJA
Magistrada.

NOTIFICA SENTENCIA 2DA INSTANCIA 2014-239 (6217)

Tribunal 04 Administrativo - Nariño - Pasto <tadmin04nrn@notificacionesrj.gov.co>

Mar 21/11/2023 4:10 PM

Para: JORGE ELIECER LOMBANA CAIPE <gaitancaudillo@gmail.com>; esehospitallocal@yahoo.es <esehospitallocal@yahoo.es>; gerencia@esehospitalmocoa.gov.co <gerencia@esehospitalmocoa.gov.co>; ojuridicaext <ojuridicaext@esehospitalmocoa.gov.co>; notificacionesjudiciales@parcaprecom.com.co <notificacionesjudiciales@parcaprecom.com.co>; Martha Liliana Tangarife Ceballos <correoinstitucionaleps@coomeva.com.co>; Liquidacion Eps <liquidacioneps@coomevaeps.com>; liquidacioneps <liquidacioneps@coomeva.com.co>; Correo Institucional Eps <correoinstitucionaleps@coomevaeps.com>; Liquidacion Eps <liquidacioneps@coomevaeps.com>; andreacanal.abogada@gmail.com <andreacanal.abogada@gmail.com>; hudn@hosdenar.gov.co <hudn@hosdenar.gov.co>; notificacionesjudiciales@hosdenar.gov.co <notificacionesjudiciales@hosdenar.gov.co>; jmauricio_ojedap@hotmail.com <jmauricio_ojedap@hotmail.com>; lilianromero@libertycolombia.com <lilianromero@libertycolombia.com>; dennismdb <dennismdb@atencion.cliente@libertyseguros.co>; Juan José Camués López <jcamues@gha.com.co>; notificaciones@gha.com.co <notificaciones@gha.com.co>; notificacionesjudiciales@previsora.gov.co <notificacionesjudiciales@previsora.gov.co>; albainesgomez@aligove.com.co <albainesgomez@aligove.com.co>

 1 archivos adjuntos (868 KB)

SENTENCIA 2014-239 (6217) 2daInstancia-FallaMédica.pdf;

Cordial saludo,

Me permito **NOTIFICAR** la providencia de fecha 25 de agosto de 2023, proferida por el Tribunal Administrativo de Nariño con Ponencia del Magistrado **Dr. PAULO LEÓN ESPAÑA PANTOJA**, dentro de la **ACCIÓN DE REPARACIÓN DIRECTA** proceso No. 52-001-3333005-2014-00239-01 (6217) instaurada por **JOSÉ DAVID MASSA Y OTROS** contra **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO Y OTROS**.

La anterior providencia se notifica a través del envío del presente mensaje al buzón electrónico para notificaciones judiciales.

Se advierte que el envío del presente mensaje, al tenor del artículo 203 del C.P.A.C.A. (Ley 1437 de 2011), hace las veces de notificación personal a las partes y se presumirá que el destinatario ha recibido la notificación cuando el iniciador recepciones acuse de recibo, lo cual se hará constar en el expediente.

Adjunta archivo en PDF (FIRMADO ORIGINAL).

Igualmente, me permito informar que puede consultar las actuaciones que se han surtido en el expediente hasta la fecha del presente mensaje en el siguiente enlace:
https://samai.consejodeestado.gov.co/Vistas/Casos/list_procesos.aspx?guid=520013333005201400239015200123

Atentamente;

MARCELA ENRÍQUEZ RUIZ
SECRETARIA TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE NARIÑO

AVISO IMPORTANTE: Esta dirección de correo electrónico tadmin04nrn@notificacionesrj.gov.co es de uso único y exclusivo de envío de notificaciones, todo mensaje que se reciba no será leído y automáticamente se eliminará de nuestros servidores. Para recepción de correspondencia envíenos un correo electrónico dentro del horario judicial (8 a.m. a 5 p.m.) a la siguiente dirección:

des04tanarino@cendoj.ramajudicial.gov.co. Apreciado usuario si tiene alguna solicitud por favor comuníquese a la siguiente línea telefónica: **3183061207**.

Sírvase confirmar la recepción de esta notificación

Retransmitido: NOTIFICA SENTENCIA 2DA INSTANCIA 2014-239 (6217)

Microsoft Outlook

<MicrosoftExchange329e71ec88ae4615bbc36ab6ce41109e@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Mar 21/11/2023 4:13 PM

Para:notificacionesjudiciales@parcaprecom.com.co <notificacionesjudiciales@parcaprecom.com.co>

 1 archivos adjuntos (64 KB)

NOTIFICA SENTENCIA 2DA INSTANCIA 2014-239 (6217);

Se completó la entrega a estos destinatarios o grupos, pero el servidor de destino no envió información de notificación de entrega:

notificacionesjudiciales@parcaprecom.com.co (notificacionesjudiciales@parcaprecom.com.co).

Asunto: NOTIFICA SENTENCIA 2DA INSTANCIA 2014-239 (6217)

postmaster@defensajuridica.gov.co

Para: postmaster@defensaj

Mar 21/11/2023 4:12 PM



NOTIFICA SENTENCIA 2DA INSTA...

Elemento de Outlook

El mensaje se entregó a los siguientes destinatarios:

procesosnacionales@defensajuridica.gov.co

Asunto: NOTIFICA SENTENCIA 2DA INSTANCIA 2014-239 (6217)

☐ Responder ☐ Reenviar

P

postmaster@procuraduria.gov.co

Para: postmaster@procurar

Mar 21/11/2023 4:11 PM



NOTIFICA SENTENCIA 2DA INSTA...

Elemento de Outlook

El mensaje se entregó a los siguientes destinatarios:

[Diego Fernando Burbano Muñoz](#)

Asunto: NOTIFICA SENTENCIA 2DA INSTANCIA 2014-239 (6217)

P

postmaster@previsora.gov.co

Para: postmaster@previsor

Mar 21/11/2023 4:11 PM



NOTIFICA SENTENCIA 2DA INSTA...

Elemento de Outlook

El mensaje se entregó a los siguientes destinatarios:

notificacionesjudiciales@previsora.gov.co

Asunto: NOTIFICA SENTENCIA 2DA INSTANCIA 2014-239 (6217)

P

postmaster@previsora.gov.co

Para: postmaster@previsor

Mar 21/11/2023 4:11 PM



NOTIFICA SENTENCIA 2DA INSTA...

Elemento de Outlook

El mensaje se entregó a los siguientes destinatarios:

notificacionesjudiciales@previsora.gov.co

Asunto: NOTIFICA SENTENCIA 2DA INSTANCIA 2014-239 (6217)

P postmaster@outlook.com
Para: postmaster@outlook.

Mar 21/11/2023 4:11 PM



El mensaje se entregó a los siguientes destinatarios:

jmauricio_ojedap@hotmail.com

Asunto: NOTIFICA SENTENCIA 2DA INSTANCIA 2014-239 (6217)

P postmaster@coomevaeps.com
Para: postmaster@coomev.

Mar 21/11/2023 4:11 PM



El mensaje se entregó a los siguientes destinatarios:

[Liquidacion Eps](#)

Asunto: NOTIFICA SENTENCIA 2DA INSTANCIA 2014-239 (6217)

P postmaster@gha.com.co
Para: postmaster@gha.com

Mar 21/11/2023 4:11 PM



El mensaje se entregó a los siguientes destinatarios:

notificaciones@gha.com.co

Asunto: NOTIFICA SENTENCIA 2DA INSTANCIA 2014-239 (6217)

P postmaster@coomevaeps.com
Para: postmaster@coomev.

Mar 21/11/2023 4:11 PM



NOTIFICA SENTENCIA 2DA INSTA...

Elemento de Outlook



El mensaje se entregó a los siguientes destinatarios:

[Correo Institucional Eps](#)

Asunto: NOTIFICA SENTENCIA 2DA INSTANCIA 2014-239 (6217)

P

postmaster@outlook.com

Para: postmaster@outlook.

Mar 21/11/2023 4:11 PM



NOTIFICA SENTENCIA 2DA INSTA...

Elemento de Outlook



El mensaje se entregó a los siguientes destinatarios:

yolanda.027@hotmail.com

Asunto: NOTIFICA SENTENCIA 2DA INSTANCIA 2014-239 (6217)

P

postmaster@coomevaeps.com

Para: postmaster@coomev.

Mar 21/11/2023 4:11 PM



NOTIFICA SENTENCIA 2DA INSTA...

Elemento de Outlook



El mensaje se entregó a los siguientes destinatarios:

francisco.gomez@coomevaeps.com

Asunto: NOTIFICA SENTENCIA 2DA INSTANCIA 2014-239 (6217)

P

postmaster@gha.com.co

Para: postmaster@gha.com

Mar 21/11/2023 4:11 PM



NOTIFICA SENTENCIA 2DA INSTA...

Elemento de Outlook



El mensaje se entregó a los siguientes destinatarios:

[Juan José Camués López](#)

Asunto: NOTIFICA SENTENCIA 2DA INSTANCIA 2014-239 (6217)

MO Microsoft Outlook <MicrosoftExchange329e71ec88ae4615bbc36ab6ce41109e@cendoj.ramajudicial.gov.co>
Para: gerencia@esehospital

Mar 21/11/2023 4:10 PM

NOTIFICA SENTENCIA 2DA INSTA...
Elemento de Outlook

Se completó la entrega a estos destinatarios o grupos, pero el servidor de destino no envió información de notificación de entrega:

gerencia@esehospitalmocoa.gov.co (gerencia@esehospitalmocoa.gov.co)

Asunto: NOTIFICA SENTENCIA 2DA INSTANCIA 2014-239 (6217)

MO Microsoft Outlook <MicrosoftExchange329e71ec88ae4615bbc36ab6ce41109e@cendoj.ramajudicial.gov.co>
Para: piezasprocesalescoorn

Mar 21/11/2023 4:10 PM

NOTIFICA SENTENCIA 2DA INSTA...
Elemento de Outlook

Se completó la entrega a estos destinatarios o grupos, pero el servidor de destino no envió información de notificación de entrega:

piezasprocesalescoomevaenliq@gmail.com (piezasprocesalescoomevaenliq@gmail.com)

Asunto: NOTIFICA SENTENCIA 2DA INSTANCIA 2014-239 (6217)

MO Microsoft Outlook <MicrosoftExchange329e71ec88ae4615bbc36ab6ce41109e@cendoj.ramajudicial.gov.co>
Para: dennismdb dennismd

Mar 21/11/2023 4:10 PM

NOTIFICA SENTENCIA 2DA INSTA...
Elemento de Outlook

Se completó la entrega a estos destinatarios o grupos, pero el servidor de destino no envió información de notificación de entrega:

[dennismdb.dennismdb \(atencion.cliente@libertyseguros.co\)](mailto:dennismdb.dennismdb@atencion.cliente@libertyseguros.co)

Asunto: NOTIFICA SENTENCIA 2DA INSTANCIA 2014-239 (6217)

MO

Microsoft
Outlook <MicrosoftExchange329e71ec88ae4615bbc
36ab6ce41109e@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Para: esehospitallocal@yahoo

Mar 21/11/2023 4:10 PM



Se completó la entrega a estos destinatarios o grupos, pero el servidor de destino no envió información de notificación de entrega:

[esehospitallocal@yahoo.es \(esehospitallocal@yahoo.es\)](mailto:esehospitallocal@yahoo.es)

Asunto: NOTIFICA SENTENCIA 2DA INSTANCIA 2014-239 (6217)

MO

Microsoft
Outlook <MicrosoftExchange329e71ec88ae4615bbc
36ab6ce41109e@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Para: ojuridicaext

Mar 21/11/2023 4:10 PM



Se completó la entrega a estos destinatarios o grupos, pero el servidor de destino no envió información de notificación de entrega:

[ojuridicaext \(ojuridicaext@esehospitalmocoa.gov.co\)](mailto:ojuridicaext@esehospitalmocoa.gov.co)

Asunto: NOTIFICA SENTENCIA 2DA INSTANCIA 2014-239 (6217)

MO

Microsoft
Outlook <MicrosoftExchange329e71ec88ae4615bbc
36ab6ce41109e@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Para: JORGE ELIECER LOMB.

Mar 21/11/2023 4:10 PM



Se completó la entrega a estos destinatarios o grupos, pero el servidor de destino no envió información de notificación de entrega:

[JORGE ELIECER LOMBANA CAIPE \(gaitancaudillo@gmail.com\)](mailto:JORGE_ELIECER_LOMBANA_CAIPE@gaitancaudillo@gmail.com)

[Liquidacion Eps \(andreaacanal.abogada@gmail.com\)](mailto:Liquidacion_Eps@andreaacanal.abogada@gmail.com)

Asunto: NOTIFICA SENTENCIA 2DA INSTANCIA 2014-239 (6217)

☐ Para volver a enviar este mensaje, haga clic aquí.

MO Microsoft Outlook <MicrosoftExchange329e71ec88ae4615bbc36ab6ce41109e@cendoj.ramajudicial.gov.co>
Para: Microsoft Outlook <N

Mar 21/11/2023 4:10 PM



No se pudo entregar el mensaje a lilianromero@libertycolombia.com.

No se encontró [lilianromero](mailto:lilianromero@libertycolombia.com) en [libertycolombia.com](mailto:lilianromero@libertycolombia.com).

tadmin04nrn
Acción necesaria

Office 365

lilianromero
Destinatario

Dirección Para desconocida

Solución

La dirección puede estar mal escrita o no existir. Pruebe una o varias de las acciones siguientes:

- Envíe el mensaje otra vez siguiendo estos pasos: en Outlook, abra este informe de no entrega (NDR) y elija **Enviar de nuevo** en la cinta de opciones Informe. En Outlook en la Web, seleccione este NDR y luego elija el vínculo "**Haga clic aquí para enviar este mensaje otra vez**". Después, elimine y vuelva a escribir la dirección completa del destinatario. Si se le ofrece una sugerencia de la lista de Autocompletar, no la seleccione. Después de escribir la dirección completa, haga clic en **Enviar**.
- Póngase en contacto con el destinatario (por teléfono, por ejemplo) para comprobar que la dirección existe y es correcta.
- El destinatario puede haber establecido una dirección de reenvío de correo incorrecta. Pídale que compruebe que el reenvío que ha configurado funciona correctamente.
- Borre la lista de Autocompletar destinatarios en Outlook o Outlook en la Web siguiendo los pasos del artículo [Solucionar problemas de entrega para el código de error de correo electrónico 5.1.1 en Office 365](#) y después vuelva a enviar el mensaje. Escriba de nuevo la dirección completa del destinatario antes de seleccionar **Enviar**.

Si el problema persiste, reenvíe este mensaje a su administrador de correo electrónico. Si usted es administrador de correo electrónico, consulte la sección **Más información para los administradores de correo electrónico**, a continuación.

¿Le resultó útil esta información? [Envíe sus comentarios a Microsoft](#).

Más información para los administradores de correo electrónico

Código de estado: 550 5.1.1

Este error se produce porque el remitente envió un mensaje a una dirección de correo ajena a Office 365, pero la dirección es incorrecta o no existe en el dominio de destino. Del error informa el servidor de correo del dominio del destinatario, pero lo habitual es que deba arreglarlo la persona que envió el mensaje. Si los pasos descritos en la sección **Cómo corregirlo** anterior no solucionan el problema y usted es el administrador de correo del destinatario, pruebe una o varias de las siguientes acciones:

La dirección de correo existe y es correcta: confirme que la dirección del destinatario existe, es correcta y acepta mensajes.

Sincronice sus directorios: si su entorno es híbrido y usa sincronización de directorios, asegúrese de que la dirección de correo del destinatario esté correctamente sincronizada tanto en Office 365 como en el directorio local.

Regla de reenvío errónea: compruebe si alguna regla de reenvío no se comporta del modo esperado. El reenvío puede configurarlo un administrador mediante reglas de flujo de correo o la configuración de dirección de reenvío del buzón, o un destinatario mediante la característica Reglas de bandeja de entrada.

La configuración del flujo del correo y los registros MX no son correctos: este error puede estar causado por una configuración incorrecta del flujo del correo o de los registros MX. Compruebe la configuración del flujo del correo de Office 365 y asegúrese de que el dominio y los conectores del flujo del correo estén configurados correctamente. Además, trabaje con su registrador de dominios para comprobar que los registros MX del dominio están configurados correctamente.

Para obtener más información y sugerencias adicionales para solucionar este problema, vea [Solucionar problemas de entrega para el código de error de correo electrónico 550 5.1.1 en Office 365](#).

Detalles del mensaje original

Fecha de creación: 21/11/2023 9:10:46 p. m.

Dirección del remitente: tadmin04nrn@notificacionesrj.gov.co

Dirección del destinatario: lilianromero@libertycolombia.com

Asunto: NOTIFICA SENTENCIA 2DA INSTANCIA 2014-239 (6217)

Detalles del error

Error: 550 5.1.1 User Unknown
Mensaje rechazado por: mx0b-0037d204.pphosted.com

Detalles de notificación

Enviado por: SA1PR01MB8201.prod.exchangelabs.com

Salto del mensaje

SALTO	HORA (UTC)	DE
1	21/11/2023 9:10:46 p. m.	BN0PR01MB7166.prod.e
2	21/11/2023 9:10:46 p. m.	BN0PR01MB7166.prod.e

Encabezados del mensaje original

ARC-Seal: i=1; a=rsa-sha256; s=arcselector9901; d=microsoft.com; cv=none;
b=ZEc2mHM3VM49vAJ0XY2Tuep33NEMLB0orYPXegqCzBg67GTC/iZ41URRvqQf0L/bry/0Cceb3+Jl
ARC-Message-Signature: i=1; a=rsa-sha256; c=relaxed/relaxed; d=microsoft.com;
s=arcselector9901;
h=From:Date:Subject:Message-ID:Content-Type:MIME-Version:X-MS-Exchange-AntiSp
bh=iaLYJvh4oZv4h5Wf11xY1CwwV7BKgZ4/a5SZx2Qwp4w=;
b=IiUj+M+WAAo6UnbZCJj62lSpC7l0fgIGn1PlWG/Vg7XaI3NbRYiCnKS/PXMTSAjHFUcYm+Ega7I
ARC-Authentication-Results: i=1; mx.microsoft.com 1; spf=pass
smtp.mailfrom=notificacionesrj.gov.co; dmarc=pass action=none
header.from=notificacionesrj.gov.co; dkim=pass
header.d=notificacionesrj.gov.co; arc=none
DKIM-Signature: v=1; a=rsa-sha256; c=relaxed/relaxed;
d=etbcsj.onmicrosoft.com; s=selector2-etbcsj-onmicrosoft-com;
h=From:Date:Subject:Message-ID:Content-Type:MIME-Version:X-MS-Exchange-Sender
bh=iaLYJvh4oZv4h5Wf11xY1CwwV7BKgZ4/a5SZx2Qwp4w=;
b=NP3T7npZ4jQkNuzaUFvay6XqEjuhKA7+TJx8owAagA2+06DdsUfK5nCwfy1bxziPjqr2wHu1Z71
Received: from BN0PR01MB7166.prod.exchangelabs.com (2603:10b6:408:155::20) by
SA1PR01MB8201.prod.exchangelabs.com (2603:10b6:806:38d::13) with Microsoft
SMTP Server (version=TLS1_2, cipher=TLS_ECDHE_RSA_WITH_AES_256_GCM_SHA384) id
15.20.7002.26; Tue, 21 Nov 2023 21:10:46 +0000
Received: from BN0PR01MB7166.prod.exchangelabs.com
([fe80::78f3:e20b:4623:9ac3]) by BN0PR01MB7166.prod.exchangelabs.com
([fe80::78f3:e20b:4623:9ac3%7]) with mapi id 15.20.7002.028; Tue, 21 Nov 2023
21:10:46 +0000
From: =?iso-8859-1?Q?Tribunal_04_Administrativo_-_Nari=F1o_-_Pasto?=
<tadmin04nrn@notificacionesrj.gov.co>
To: JORGE ELIECER LOMBANA CAIPE <gaitancaudillo@gmail.com>,
"esehospitallocal@yahoo.es" <esehospitallocal@yahoo.es>,
"gerencia@esehospitalmocoa.gov.co" <gerencia@esehospitalmocoa.gov.co>,
ojuridicaext <ojuridicaext@esehospitalmocoa.gov.co>,

"notificacionesjudiciales@parcaprecom.com.co"
<notificacionesjudiciales@parcaprecom.com.co>, Martha Liliana Tangarife
Ceballos <correoinstitucionaleps@coomeva.com.co>, Liquidacion Eps
<liquidacioneps@coomevaeps.com>, liquidacioneps
<liquidacioneps@coomeva.com.co>, Correo Institucional Eps
<correoinstitucionaleps@coomevaeps.com>, Liquidacion Eps
<liquidacioneps@coomevaeps.com>, "andreaanal.abogada@gmail.com"
<andreaanal.abogada@gmail.com>, "hudn@hosdenar.gov.co"
<hudn@hosdenar.gov.co>, "notificacionesjudiciales@hosdenar.gov.co"
<notificacionesjudiciales@hosdenar.gov.co>, "jmauricio_ojedap@hotmail.com"
<jmauricio_ojedap@hotmail.com>, "lilianromero@libertycolombia.com"
<lilianromero@libertycolombia.com>, dennismdb dennismdb
<atencion.cliente@libertyseguros.co>,
=?iso-8859-1?Q?Juan_Jos=E9_Camu=E9s_L=F3pez?= <jcamues@gha.com.co>,
"notificaciones@gha.com.co" <notificaciones@gha.com.co>,
"notificacionesjudiciales@previsora.gov.co"
<notificacionesjudiciales@previsora.gov.co>, "albainesgomez@aligove.com"
<albainesgomez@aligove.com.co>, "francisco.gomez@coomevaeps.com"
<francisco.gomez@coomevaeps.com>, "piezasprocesalescoomevaenliq@gmail.com"
<piezasprocesalescoomevaenliq@gmail.com>, liquidacioneps
<liquidacioneps@coomeva.com.co>, "jenny.bedoya@aligove.com.co"
<jenny.bedoya@aligove.com.co>, "notificaciones@gha.com.co"
<notificaciones@gha.com.co>, =?iso-8859-1?Q?Juan_Jos=E9_Camu=E9s_L=F3pez?=
<jcamues@gha.com.co>, "yolanda.027@hotmail.com" <yolanda.027@hotmail.com>
=?iso-8859-1?Q?Diego_Fernando_Burbano_Mu=F1oz?=
<dburbano@procuraduria.gov.co>, "procesosnacionales@defensajuridica.gov.co"
<procesosnacionales@defensajuridica.gov.co>
Subject: NOTIFICA SENTENCIA 2DA INSTANCIA 2014-239 (6217)
Thread-Topic: NOTIFICA SENTENCIA 2DA INSTANCIA 2014-239 (6217)
Thread-Index: AQHaHL7Y9T28X8+6XE6rNVPsYGMqzA==
Return-Receipt-To: <tadmin04nrn@notificacionesrj.gov.co>
Date: Tue, 21 Nov 2023 21:10:46 +0000
Message-ID: <BN0PR01MB7166141D50260C484ADE0D2AF1BBA@BN0PR01MB7166.prod.exchange>
Accept-Language: es-CO, es-ES, en-US
Content-Language: es-CO
X-MS-Has-Attach: yes
X-MS-TNEF-Correlator:
msip_labels:
authentication-results: dkim=none (message not signed)
header.d=none;dmARC=none action=none header.from=notificacionesrj.gov.co;
x-ms-publictraffictype: Email
x-ms-trafficdiagnostictype: BN0PR01MB7166:EE_|SA1PR01MB8201:EE_
x-ms-office365-filtering-correlation-id: 21735079-3f86-4d6a-9c82-08dbead654a7
x-ld-processed: 622cba98-80f8-41f3-8df5-8eb99901598b,ExtAddr
x-ms-exchange-senderadcheck: 1
x-ms-exchange-antispam-relay: 0
x-microsoft-antispam: BCL:0;
x-microsoft-antispam-message-info: NriwekqQ+J96CNIJ0bTYxbFcLk5eC8mtL44IZIrqrvs(
x-forefront-antispam-report: CIP:255.255.255.255;CTRY;;LANG:es;SCL:1;SRV;;IPV:I
x-ms-exchange-antispam-messagedata-chunkcount: 1
x-ms-exchange-antispam-messagedata-0: =?iso-8859-1?Q?yeHisNkMEwEbM4VaqLoZgY2N0;
=?iso-8859-1?Q?Asvgv374iTLRJs3H5E+yr5OI6NBG4CeBk5IeXDmczIsENuEx70vvtQvnrq?=
=?iso-8859-1?Q?uNIaeI42EMOKexprJc6qJLFzGWJys7agnDLGIEjt2LJCEp50lB10cZUdq5?=
=?iso-8859-1?Q?NYlfkwJv35JFGzdb2sQTV0blkPy9YKRE9IaW2MErsoJSf5S9XW/TvH10JP?=

=?iso-8859-1?Q?EoVF1q6p9f2muJp1IVHbCdy3DoBjxlAbBrBPFXdPSUMuf3piSsRKwPWQ/u?=
=?iso-8859-1?Q?E+ZCTa/EQCMdgo+5Qm5MWJcbxT9S3fAAauIT88Ep+03XJYbnDpn+jqlkOf?=
=?iso-8859-1?Q?XFupvSjXTwxZas8B6AhqJ9B8B8QI7MLvo8rJvacRlK2h46aS3iGocN+/sk?=
=?iso-8859-1?Q?VFbqu6UcMXfVq+jufnBmDdku78gwBwIjFCg0Be2Dj70Z6BaE+Pc6322h4o?=
=?iso-8859-1?Q?n/OrzEr0/ZYCN7DwJtz+UP8FXybI0DfUo+oA80drCG6Ay2SxqJAGB6J2j1?=
=?iso-8859-1?Q?ZzBCa2OCysBz83uESmW79ATS//Lhgkc4+m6ly+GuM9BQH/0FJciU1lCxqz?=
=?iso-8859-1?Q?5NwmyA2MVDuI2+5Wh2n6m7kQ81HgzCSsRL+5+IEsuPabkiVMI6wcMWVrMQ?=
=?iso-8859-1?Q?0t+n8TNZjzJwLwWe0C4DMe2/n1a0CXN6hpX9YErw5U5BzJMgGknEPa2Ia0?=
=?iso-8859-1?Q?nhUrKyZOmVR8HGn5pg6hESjcMd5T8Wpj5uy4eUh3+c7rtbJZ6G9mXXPW20?=
=?iso-8859-1?Q?3lriCcECkzQ7881tb24sFEc7uZHem/q+Gc0/DTmCERWEjFAVA4kR9+vPab?=
=?iso-8859-1?Q?WLUE/atxj0tlowQ5c5dtswmcQmF2SewouZvX00X8PwuMyNUSZ+ADHNS5w8?=
=?iso-8859-1?Q?VlxbtDe6EuAw80EPFcb8jHCwxAss9fD/tMV8JP5M8mhj22MHZrUuXA1smm?=
=?iso-8859-1?Q?yfWDTuIGMDNj2/HBpcl6pbJf1+z8GQqlD0FBK6sonjOjcAvfyvMep/qd8B?=
=?iso-8859-1?Q?uhwn8yzXNjwYRC/y/mVATfHnX5kG3+Y9s5qqL4MRume9CwY57e0DBMGpRB?=
=?iso-8859-1?Q?AxfqTE3PnR63p+LGRi7c1FS2CLN0aB6I4VD/oebkOh+aRU558qWRp40zAK?=
=?iso-8859-1?Q?koEJ9fmrxfGeFDR/n36JE7+Dr0xAZ/Z+aMh3GzfYdKuupxPggUpFzspT0?=
=?iso-8859-1?Q?H00Nkd777YQXp0XPZSaf3WmdmCjhzI0d2Wv0479juxmeNLWNAMmjRZC/47?=
=?iso-8859-1?Q?bVuCidWohnQBtCIXNZUA8919yA5NT34ptBEf6UrcyY3dJiruBFh/6M11VC?=
=?iso-8859-1?Q?SOEPUsrnIngrGmeY6nae+4fLE4cQeeYCKmwGnh7Vjrb904svK86JeaNhbA?=
=?iso-8859-1?Q?g7PNaA4PXTtQMgxhjwW/w8uHXjnd/vqG5bIfmtzCPmo9D2yCzvhu4aZejd?=
=?iso-8859-1?Q?hBvbzUrpOTJG9jBfcBmmi6Xuq+NXrwHFPkDffSOQgkPeX9xTyS88pzfzvR?=
=?iso-8859-1?Q?ZicX8D83COWCJdZqfuqki7SnMrKcoWhI2HnTv+DB0lwtD03Hb1naR9gBL?=
=?iso-8859-1?Q?5zKQMk9xbxLD3W6F8VFYw7AYc3juim8dvmDqMLUHcVo7wg3s30XzV0RB60?=
=?iso-8859-1?Q?gBPp4Ixq37xheNTQx9hIWW6iCSsfQezRypdHHUuOQztEtujFmpdGH8FcCw?=
=?iso-8859-1?Q?2LQvV9zo2n69vZj8qsc=3D?=-

Content-Type: multipart/mixed;

boundary="_004_BN0PR01MB7166141D50260C484ADE0D2AF1BBABN0PR01MB7166prod_"

MIME-Version: 1.0

X-OriginatorOrg: notificacionesrj.gov.co

X-MS-Exchange-CrossTenant-AuthAs: Internal

X-MS-Exchange-CrossTenant-AuthSource: BN0PR01MB7166.prod.exchangelabs.com

X-MS-Exchange-CrossTenant-Network-Message-Id: 21735079-3f86-4d6a-9c82-08dbead6!

X-MS-Exchange-CrossTenant-originalarrivaltime: 21 Nov 2023 21:10:46.6832

(UTC)

X-MS-Exchange-CrossTenant-fromentityheader: Hosted

X-MS-Exchange-CrossTenant-id: 622cba98-80f8-41f3-8df5-8eb99901598b

X-MS-Exchange-CrossTenant-mailboxtype: HOSTED

X-MS-Exchange-CrossTenant-userprincipalname: 2851s+f2FbRkSKowPGQSNnhZL9vBf15B1l

X-MS-Exchange-Transport-CrossTenantHeadersStamped: SA1PR01MB8201

☐ Para volver a enviar este mensaje, haga clic aquí.

MO

Microsoft

Outlook <MicrosoftExchange329e71ec88ae4615bbc36ab6ce41109e@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Para: Microsoft Outlook <N

Mar 21/11/2023 4:10 PM



NOTIFICA SENTENCIA 2DA INSTA...

Elemento de Outlook

No se pudo entregar el mensaje a varios destinatarios.

Los destinatarios no se encontraron en coomeva.com.co.

tadmin04nrn

Office 365

Varios destinatarios

Acción necesaria

Destinatarios

Dirección Para desconocida

No se pudo entregar el mensaje a los siguientes destinatarios:
correoinstitucionaleps@coomeva.com.co, liquidacioneps@coomeva.com.co

Solución

Es posible que la dirección esté mal escrita o que no exista. Pruebe las siguientes operaciones:

- **Vuelva a escribir la dirección del destinatario y, después, vuelva a enviar el mensaje:** si usa Outlook, abra el mensaje de informe de no entrega y haga clic en **Enviar de nuevo** en el menú o en la cinta de opciones. En Outlook en la Web, seleccione el mensaje y, después, haga clic en el vínculo "**Para volver a enviar este mensaje, haga clic aquí.**" que está justo encima de la ventana de vista previa del mensaje. En la línea Para o CC, elimine y vuelva a escribir la dirección completa del destinatario (omita las sugerencias de dirección). Después de escribir la dirección completa, haga clic en **Enviar** para volver a enviar el mensaje. Si usa un programa de correo electrónico distinto de Outlook o Outlook en la web, siga su método estándar para enviar un mensaje, pero asegúrese de eliminar y volver a escribir la dirección completa del destinatario antes de volverlo a enviar.
- **Quite el destinatario de la lista de Autocompletar destinatario y, a continuación, vuelva a enviar el mensaje.** Si usa Outlook o Outlook en la Web, siga los pasos que se indican en la sección "Quitar el destinatario de la lista de Autocompletar destinatario" de [este artículo](#). Después, vuelva a enviar el mensaje. Asegúrese de eliminar y volver a escribir la dirección completa del destinatario antes de hacer clic en **Enviar**.
- **Póngase en contacto con el destinatario por otros medios** (por ejemplo, por teléfono) para confirmar que usa la dirección correcta. Pregúntele si ha configurado una regla de reenvío que pueda reenviar el mensaje a una dirección incorrecta.

Si el problema continúa, pida al destinatario que informe a su administrador de correo electrónico sobre el problema e indíquele el

error (y el nombre del servidor que detectó el error) que se muestra a continuación. Es probable que solo el administrador de correo electrónico del destinatario pueda solucionar este problema.

¿Le resultó útil esta información? [Envíe sus comentarios a Microsoft](#).

Más información para los administradores de correo electrónico

Código de estado: 550 5.4.1

Este error se produjo porque se envió un mensaje a una dirección de correo electrónico hospedada por Office 365, pero la dirección no existe en el directorio de Office 365 de la organización de recepción. El bloqueo perimetral basado en directorios (DBEB) está habilitado para coomeva.com.co y DBEB rechaza los mensajes enviados a destinatarios que no existen en el directorio de Office 365 de la organización de recepción. Este error es detectado por el servidor de correo electrónico del dominio del destinatario, pero con frecuencia puede solucionarlo la persona que envió el mensaje. Si los pasos de la sección **Solución** no solucionan el problema y es el administrador de correo electrónico del destinatario, pruebe uno o más de los procedimientos siguientes:

Compruebe que la dirección de correo electrónico exista y que sea correcta: confirme que la dirección del destinatario existe en el directorio de Office 365, que sea correcta y que acepte mensajes.

Sincronice sus directorios: compruebe que la sincronización de directorios funciona correctamente y que la dirección de correo electrónico del destinatario existe en Office 365 y en su directorio local.

Compruebe si hay reglas de reenvío incorrectas: compruebe si hay reglas de reenvío para el destinatario original que puedan intentar reenviar el mensaje a una dirección no válida. El reenvío lo puede configurar un administrador con reglas de flujo del correo o una dirección de reenvío del buzón de correo, o bien lo puede configurar el destinatario con las características Reenvío o Reglas de la Bandeja de entrada.

Compruebe que el destinatario tenga una licencia válida: compruebe que el destinatario tenga asignada una licencia de Office 365. El administrador de correo electrónico del destinatario puede usar el Centro de administración de Office 365 para asignarle una licencia (Usuarios > Usuarios activos > Seleccione el destinatario > Licencias asignadas > Editar).

Compruebe que la configuración del flujo del correo y los registros MX son correctos: una configuración incorrecta del flujo del correo o de los registros MX podría ser la causa de este error. Compruebe la configuración del flujo del correo de Office 365 para comprobar que su dominio y los conectores de flujo del correo están configurados correctamente. Además, colabore con su registrador de dominios para comprobar que los registros MX para su dominio están configurados correctamente.

Para más información y otras sugerencias para solucionar este problema, vea [este artículo](#).

Detalles del mensaje original

Fecha de creación: 21/11/2023 9:10:46 p. m.
Dirección del remitente: tadmin04nrn@notificacionesrj.gov.co
Dirección del destinatario: correoinstitucionaleps@coomeva.com.co,
liquidacioneps@coomeva.com.co
Asunto: NOTIFICA SENTENCIA 2DA INSTANCIA 2014-239 (6217)

Detalles del error

Error: 550 5.4.1 Recipient address rejected: Access denied.
[BL6PEPF0001AB53.namprd02.prod.outlook.com 2023-11-
21T21:10:50.836Z 08DBE743E8C7991B]

Mensaje rechazado por: gw4200.fortimail.com

Detalles de notificación

Enviado por: SA1PR01MB8201.prod.exchangelabs.com

Salto del mensaje

SALTO	HORA (UTC)	DE
1	21/11/2023 9:10:46 p. m.	BN0PR01MB7166.prod.e
2	21/11/2023 9:10:46 p. m.	BN0PR01MB7166.prod.e

Encabezados del mensaje original

ARC-Seal: i=1; a=rsa-sha256; s=arcselector9901; d=microsoft.com; cv=none;
b=ZEc2mHM3VM49vAJ0XY2Tuep33NEMLB0orYPXegqCzBg67GTC/iZ41URRvqQf0L/bry/0Cceb3+Jl
ARC-Message-Signature: i=1; a=rsa-sha256; c=relaxed/relaxed; d=microsoft.com;
s=arcselector9901;
h=From:Date:Subject:Message-ID:Content-Type:MIME-Version:X-MS-Exchange-AntiSpa
bh=iaLYJvh4oZv4h5Wf11xY1CwwV7BKgZ4/a5SZx2Qwp4w=;
b=IiUj+M+WAAo6UnbZCJj62lSpC7l0fgIGn1PlWG/Vg7XaI3NbRYiCnKS/PXMTSAjHFUcYm+Ega7I
ARC-Authentication-Results: i=1; mx.microsoft.com 1; spf=pass
smtp.mailfrom=notificacionesrj.gov.co; dmarc=pass action=none
header.from=notificacionesrj.gov.co; dkim=pass
header.d=notificacionesrj.gov.co; arc=none
DKIM-Signature: v=1; a=rsa-sha256; c=relaxed/relaxed;
d=etbcsj.onmicrosoft.com; s=selector2-etbcsj-onmicrosoft-com;
h=From:Date:Subject:Message-ID:Content-Type:MIME-Version:X-MS-Exchange-Sender
bh=iaLYJvh4oZv4h5Wf11xY1CwwV7BKgZ4/a5SZx2Qwp4w=;
b=NP3T7npZ4jQkNuzaUFvay6XqEjuhKA7+TJx8owAagA2+06DdsUfK5nCwfy1bxziPjqr2wHu1Z71
Received: from BN0PR01MB7166.prod.exchangelabs.com (2603:10b6:408:155::20) by
SA1PR01MB8201.prod.exchangelabs.com (2603:10b6:806:38d::13) with Microsoft
SMTP Server (version=TLS1_2, cipher=TLS_ECDHE_RSA_WITH_AES_256_GCM_SHA384) id

15.20.7002.26; Tue, 21 Nov 2023 21:10:46 +0000
Received: from BN0PR01MB7166.prod.exchangelabs.com
([fe80::78f3:e20b:4623:9ac3]) by BN0PR01MB7166.prod.exchangelabs.com
([fe80::78f3:e20b:4623:9ac3%7]) with mapi id 15.20.7002.028; Tue, 21 Nov 2023
21:10:46 +0000
From: =?iso-8859-1?Q?Tribunal_04_Administrativo_-_Nari=F1o_-_Pasto?=
<tadmin04nrn@notificacionesrj.gov.co>
To: JORGE ELIECER LOMBANA CAIPE <gaitancaudillo@gmail.com>,
"esehospitallocal@yahoo.es" <esehospitallocal@yahoo.es>,
"gerencia@esehospitalmocoa.gov.co" <gerencia@esehospitalmocoa.gov.co>,
ojuridicaext <ojuridicaext@esehospitalmocoa.gov.co>,
"notificacionesjudiciales@parcaprecom.com.co"
<notificacionesjudiciales@parcaprecom.com.co>, Martha Liliana Tangarife
Ceballos <correoinstitucionaleps@coomeva.com.co>, Liquidacion Eps
<liquidacioneps@coomevaeps.com>, liquidacioneps
<liquidacioneps@coomeva.com.co>, Correo Institucional Eps
<correoinstitucionaleps@coomevaeps.com>, Liquidacion Eps
<liquidacioneps@coomevaeps.com>, "andreacanal.abogada@gmail.com"
<andreacanal.abogada@gmail.com>, "hudn@hosdenar.gov.co"
<hudn@hosdenar.gov.co>, "notificacionesjudiciales@hosdenar.gov.co"
<notificacionesjudiciales@hosdenar.gov.co>, "jmauricio_ojedap@hotmail.com"
<jmauricio_ojedap@hotmail.com>, "lilianromero@libertycolombia.com"
<lilianromero@libertycolombia.com>, dennismdb dennismdb
<atencion.cliente@libertyseguros.co>,
=?iso-8859-1?Q?Juan_Jos=E9_Camu=E9s_L=F3pez?= <jcamues@gha.com.co>,
"notificaciones@gha.com.co" <notificaciones@gha.com.co>,
"notificacionesjudiciales@previsora.gov.co"
<notificacionesjudiciales@previsora.gov.co>, "albainesgomez@aligove.com"
<albainesgomez@aligove.com.co>, "francisco.gomez@coomevaeps.com"
<francisco.gomez@coomevaeps.com>, "piezasprocesalescoomevaenliq@gmail.com"
<piezasprocesalescoomevaenliq@gmail.com>, liquidacioneps
<liquidacioneps@coomeva.com.co>, "jenny.bedoya@aligove.com.co"
<jenny.bedoya@aligove.com.co>, "notificaciones@gha.com.co"
<notificaciones@gha.com.co>, =?iso-8859-1?Q?Juan_Jos=E9_Camu=E9s_L=F3pez?=
<jcamues@gha.com.co>, "yolanda.027@hotmail.com" <yolanda.027@hotmail.com>
=?iso-8859-1?Q?Diego_Fernando_Burbano_Mu=F1oz?=
<dburbano@procuraduria.gov.co>, "procesosnacionales@defensajuridica.gov.co"
<procesosnacionales@defensajuridica.gov.co>
Subject: NOTIFICA SENTENCIA 2DA INSTANCIA 2014-239 (6217)
Thread-Topic: NOTIFICA SENTENCIA 2DA INSTANCIA 2014-239 (6217)
Thread-Index: AQHaHL7Y9T28X8+6XE6rNVPsYGMqzA==
Return-Receipt-To: <tadmin04nrn@notificacionesrj.gov.co>
Date: Tue, 21 Nov 2023 21:10:46 +0000
Message-ID: <BN0PR01MB7166141D50260C484ADE0D2AF1BBA@BN0PR01MB7166.prod.exchangelabs.com>
Accept-Language: es-CO, es-ES, en-US
Content-Language: es-CO
X-MS-Has-Attach: yes
X-MS-TNEF-Correlator:
msip_labels:
authentication-results: dkim=none (message not signed)
header.d=none;dmARC=none action=none header.from=notificacionesrj.gov.co;
x-ms-publictraffictype: Email
x-ms-traffictypediagnostic: BN0PR01MB7166:EE_|SA1PR01MB8201:EE_
x-ms-office365-filtering-correlation-id: 21735079-3f86-4d6a-9c82-08dbead654a7

x-ld-processed: 622cba98-80f8-41f3-8df5-8eb99901598b,ExtAddr
x-ms-exchange-senderadcheck: 1
x-ms-exchange-antispam-relay: 0
x-microsoft-antispam: BCL:0;
x-microsoft-antispam-message-info: NriwekqQ+J96CNIJ0bTYxbFcLk5eC8mtL44IZIrqrvs(
x-forefront-antispam-report: CIP:255.255.255.255;CTRY:;LANG:es;SCL:1;SRV:;IPV:I
x-ms-exchange-antispam-messagedata-chunkcount: 1
x-ms-exchange-antispam-messagedata-0: =?iso-8859-1?Q?yeHisNkMEwEbM4VaqLoZgY2N0;
=?iso-8859-1?Q?Asvgv374iTLRJs3H5E+yr50I6NBG4CeBk5IeXDMczIsENuEx70vvtQvnrg?=
=?iso-8859-1?Q?uNIaeI42EMOKexprJc6qJLFzGWJys7agnDLGIejT2LJCeP50lB10cZUdq5?=
=?iso-8859-1?Q?NYlfkwJv35JFGzdb2sQTV0b1kPy9YKRE9IaW2MErsoJSf5S9XW/TvHl0JP?=
=?iso-8859-1?Q?EoVF1q6p9f2muJp1IVHbCdy3DoBjx1AbBrBPFxdPSUMuf3piSsRKwPwQ/u?=
=?iso-8859-1?Q?E+ZCTa/EQCMdgo+5Qm5MWJcbxT9S3fAAauIT88Ep+03XJYbnDpn+jqlkOf?=
=?iso-8859-1?Q?XFupvSjXTwxZas8B6AhqJ9B8B8QI7MLvo8rJvacRlK2h46aS3iGocN+/sk?=
=?iso-8859-1?Q?VFbqu6UcMXfVq+jufnBmDdku78gwBwIjFCg0Be2Dj70Z6BaE+Pc6322h4o?=
=?iso-8859-1?Q?n/OrzEr0/ZYCN7DwJtz+UP8FXybI0DfUo+oA80drCG6Ay2SxqJAGB6J2jl?=
=?iso-8859-1?Q?ZzBCa20CysBz83uESmW79ATS//Lhgkc4+m6ly+GuM9BQH/0FJciU1lCxqz?=
=?iso-8859-1?Q?5NwmyA2MVDuI2+5Wh2n6m7kQ81HgzCSsRL+5+IEsuPabkiVMI6wcMWVrMQ?=
=?iso-8859-1?Q?Ot+n8TNZjzJwLwWe0C4DMe2/n1a0CXN6hpX9YErw5U5BzJMgGknEPa2Ia0?=
=?iso-8859-1?Q?nhUrKyZOmVR8HGn5pg6hESjcMd5T8Wpj5uy4eUh3+c7rtbJZ6G9mXXPW20?=
=?iso-8859-1?Q?3lriCcEckzQ7881tb24sFEc7uZHem/q+Gc0/DTmCERWEjFAVA4kR9+vPab?=
=?iso-8859-1?Q?WLUE/atxj0tlowQ5c5dtswmcQmF2SewouZvX0OX8PwuMyNUSZ+ADHNs5w8?=
=?iso-8859-1?Q?VlxbtDe6EuAw80EPFcb8jHCwxAss9fD/tMV8JP5M8mhj22MHZrUuXA1smm?=
=?iso-8859-1?Q?yfWDTuIGMDNj2/HBpcl6pbJf1+z8GQqld0FBK6sonj0jcAvfyvMep/qd8B?=
=?iso-8859-1?Q?uhwn8yzXNjwYRC/y/mVATfHnX5kG3+Y9s5qqL4MRume9CwY57e0DBMGpRB?=
=?iso-8859-1?Q?AxfqTE3PnR63p+LGRi7c1FS2CLN0aB6I4VD/oebkOh+aRU558qWRp40zAK?=
=?iso-8859-1?Q?koEJ9fmgxfGeFDR/n36JE7+Dr0xAZ/Z+aMh3GzfYdKuupxPggUpFzspT0?=
=?iso-8859-1?Q?H00Nkd777YQXp0XPZSaf3WmdmCjhzI0d2Wv0479juxmeNLWNAmmjRZC/47?=
=?iso-8859-1?Q?bVuCidWohnQBtCIXNZUA8919yA5NT34ptBEf6UrcyY3dJiruBFh/6M11VC?=
=?iso-8859-1?Q?SOEPUsrnIngrGmeY6nae+4fLE4cQeeYCKmwGnh7Vjrb904svK86JeaNhbA?=
=?iso-8859-1?Q?g7PNaA4PXTtQMgxhjww/w8uHXjnd/vqG5bIftmzCPmo9D2yCzvhu4aZejd?=
=?iso-8859-1?Q?hBvbzUrpOTJG9jBfcBmmi6Xuq+NXrwHFPKdfffSOQgkPeX9xTyS88pzfzvR?=
=?iso-8859-1?Q?ZicX8D83COWCJdZqfuqkij7SnMrKcoWhI2HnTv+DB0lwtD0U3Hb1naR9gBL?=
=?iso-8859-1?Q?5zKQMk9xbx1D3W6F8VfYw7AYc3juim8dvmDqMLUHcVo7wg3s30XzV0RB60?=
=?iso-8859-1?Q?gBpp4Iqx37xheNTQx9hIWW6iCSsfQezRypdHHUuOQztEtujFmpdGH8FcCw?=
=?iso-8859-1?Q?2LQvV9zo2n69vZj8qsc=3D?=
Content-Type: multipart/mixed;
 boundary="_004_BN0PR01MB7166141D50260C484ADE0D2AF1BBABN0PR01MB7166prod_"
MIME-Version: 1.0
X-OriginatorOrg: notificacionesrj.gov.co
X-MS-Exchange-CrossTenant-AuthAs: Internal
X-MS-Exchange-CrossTenant-AuthSource: BN0PR01MB7166.prod.exchangelabs.com
X-MS-Exchange-CrossTenant-Network-Message-Id: 21735079-3f86-4d6a-9c82-08dbead6!
X-MS-Exchange-CrossTenant-originalarrivaltime: 21 Nov 2023 21:10:46.6832
 (UTC)
X-MS-Exchange-CrossTenant-fromentityheader: Hosted
X-MS-Exchange-CrossTenant-id: 622cba98-80f8-41f3-8df5-8eb99901598b
X-MS-Exchange-CrossTenant-mailboxtype: HOSTED
X-MS-Exchange-CrossTenant-userprincipalname: 2851s+f2FbRkSKowPGQSNnhZL9vBf15Bl
X-MS-Exchange-Transport-CrossTenantHeadersStamped: SA1PR01MB8201



SENTENCIA 2014-239 (6217) 2dal...
868 KB

Cordial saludo,

Me permito **NOTIFICAR** la providencia de fecha 25 de agosto de 2023, proferida por el Tribunal Administrativo de Nariño con Ponencia del Magistrado **Dr. PAULO LEÓN ESPAÑA PANTOJA**, dentro de la **ACCIÓN DE REPARACIÓN DIRECTA** proceso No. 52-001-3333005-2014-00239-01 (6217) instaurada por **JOSÉ DAVID MASSA Y OTROS** contra **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO Y OTROS**.

La anterior providencia se notifica a través del envío del presente mensaje al buzón electrónico para notificaciones judiciales.

Se advierte que el envío del presente mensaje, al tenor del artículo 203 del C.P.A.C.A. (Ley 1437 de 2011), hace las veces de notificación personal a las partes y se presumirá que el destinatario ha recibido la notificación cuando el iniciador recepciones acuse de recibo, lo cual se hará constar en el expediente.

Adjunta archivo en PDF (FIRMADO ORIGINAL).

Igualmente, me permito informar que puede consultar las actuaciones que se han surtido en el expediente hasta la fecha del presente mensaje en el siguiente enlace: https://samai.consejodeestado.gov.co/Vistas/Casos/list_procesos?guid=520013333005201400239015200123.

Atentamente;

MARCELA ENRÍQUEZ RUIZ
SECRETARIA TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE NARIÑO

AVISO IMPORTANTE: Esta dirección de correo electrónico tadmin04nrn@notificacionesrj.gov.co es de uso único y exclusivo de envío de notificaciones, todo mensaje que se reciba no será leído y automáticamente se eliminará de nuestros servidores. Para recepción de correspondencia envíenos un correo electrónico dentro del horario judicial (8 a.m. a 5 p.m.) a la siguiente dirección: des04tanarino@cendoj.ramajudicial.gov.co. Apreciado usuario si tiene alguna solicitud por favor comuníquese a la siguiente línea telefónica: **3183061207**. Sírvase confirmar la recepción de esta notificación



Retransmitido: NOTIFICA SENTENCIA 2DA INSTANCIA 2014-239 (6217)

Mail Delivery System <MAILER-DAEMON@mail.hosdenar.gov.co>

Mar 21/11/2023 4:10 PM

Para: hudn@hosdenar.gov.co <hudn@hosdenar.gov.co>; notificacionesjudiciales@hosdenar.gov.co
<notificacionesjudiciales@hosdenar.gov.co>

 1 archivos adjuntos (47 KB)

Message Headers;

Se completó la entrega a estos destinatarios o grupos, pero el servidor de destino no envió información de notificación de entrega:

hudn@hosdenar.gov.co

notificacionesjudiciales@hosdenar.gov.co

Asunto: NOTIFICA SENTENCIA 2DA INSTANCIA 2014-239 (6217)

CONTESTACION AUTOMATICA DE BUZON DE NOTIFICACIONES JUDICIALES

Contestador automatico <notificacionesjudiciales@parcaprecom.com.co>

Mar 21/11/2023 4:13 PM

Para:Tribunal 04 Administrativo - Nariño - Pasto <tadmin04nrn@notificacionesrj.gov.co>

ESTE MENSAJE ES AUTOMÁTICO, POR FAVOR NO DAR RESPUESTA

Gracias por comunicarse con el PATRIMONIO AUTONOMO DE REMANENTES CAPRECOM LIQUIDADO, (PAR CAPRECOM LIQUIDADO) Su mensaje ha sido recibido y será radicado por la Unidad de Gestión Documental, en instantes recibirá un numero de entrada con el cual que se confirma su recepción.

Resaltamos que el horario de atención al usuario es de Lunes a Jueves de 08:00 a.m. a 05:00 p.m y Viernes de 07:00 a.m. a 04:00 p.m. Todos los documentos enviados fuera de este horario, serán radicados con fecha del siguiente día hábil.

PAR CAPRECOM LIQUIDADO

Pagina Web: www.parcaprecom.com.co

PBX: (57) 601569 9014

Dirección: Calle 61 # 5-44

Bogotá - Colombia