



REPÚBLICA DE COLOMBIA – RAMA JUDICIAL

TRIBUNAL DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO DE RISARALDA

SALA PRIMERA DE DECISIÓN

MAGISTRADA PONENTE: DUFAY CARVAJAL CASTAÑEDA

Aprobado por la Sala en sesión de hoy

Pereira, seis de diciembre de dos mil veintitrés

Referencia:

Radicación: 66001-23-33-000-2015-00160-00

Medio de Control: Reparación Directa

Demandantes: Paola Andrea Henao Morales y otros

Demandados: Nación -Ministerio de Salud y
Protección Social -ESE Hospital Universitario San
Jorge de Pereira

ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas

IPS Centro Médico Pinares Médica de Pereira

Sentencia de primera instancia:

Procede el Tribunal a proferir fallo de primer grado dentro del proceso que, a través de apoderado judicial y en ejercicio del medio de control de reparación directa consagrado en el artículo 140 del CPACA, han instaurado los señores Paola Andrea y Wilmar Orlando Henao Morales (hijos), María Elín Morales Cuartas (compañera), Nelly Correa de Henao (madre), Jhon Jairo, Juan Carlos y Luz Elena Henao Correa (hermanos), Tatiana Marín Henao, María Victoria Hincapié Henao, Juan Andrés y María Catalina Henao Jiménez (nietos), frente a La Nación -Ministerio de Salud y Protección Social -, la ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas, la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira y la IPS Pinares Médica Pereira, con miras a la declaratoria de responsabilidad que a éstas les correspondiere por el fallecimiento del señor Oscar Ovidio Henao Correa, y la consecuencial condena a

la indemnización por los perjuicios ocasionados, que atribuyen a la falta de atención médico asistencial.

I. ANTECEDENTES

1.1. PRETENSIONES.

A folio 69 C. 1 del expediente en físico, solicita la parte actora:

1.1.1. Que se declare la responsabilidad extracontractual de La Nación -Ministerio de Salud y Protección Social, la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira, la ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas y la IPS Pinares Médica Pereira, por la falla en la prestación del servicio médico (“paseo de la muerte”) o falta u omisión en la prestación del servicio médico que produjo el fallecimiento del señor Oscar Ovidio Henao Correa, ocurrido el 14 de febrero de 2013.

1.1.2. Como consecuencia de la declaración anterior, se condene a las accionadas al pago de indemnización en favor de los actores, por los perjuicios materiales, morales, daño a la vida en relación y pérdida de oportunidad, por el fallecimiento del señor Oscar Ovidio Henao Correa, en cuanto fue remitido del Hospital Santa Mónica de Dosquebradas a la clínica Pinares Médica IPS, donde no fue recibido, el igual que en el Hospital Universitario San Jorge de Pereira.

1.1.3. Que la condena impuesta a cargo de los demandados ascienda a los siguientes valores y por los siguientes conceptos:

- **Perjuicios Materiales, a título de lucro cesante**, en favor de la señora María Elín Morales Cuartas (compañera): lo dejado de percibir por la víctima, a razón de \$2'000.933 mensuales, durante el resto de su vida laboral, según su expectativa de vida calculada según su edad de 65 años, 1 mes y 8 días al momento de su muerte, conforme las tablas de mortalidad aprobadas por la Superintendencia Bancaria y con las fórmulas matemáticas que desarrolla para totalizar la suma debida o consolidada y la indemnización futura o anticipada.
- Perjuicios Materiales a título de daño emergente**, en favor de la señora María Elín Morales Cuartas (compañera), por los gastos que sobrevinieron a la muerte de la víctima y que resulten probados en el proceso.
- Pérdida de Oportunidad**, en favor de cada uno de los demandantes, así: para la señora María Elín Morales Cuartas (compañera) 100 SMLMV; para

los señores Paola Andrea y Wilmar Orlando Henao Morales (hijos) 100 SMLMV; en favor de la señora Nelly Correa de Henao (madre) 100 SMLMV; para los hermanos Jhon Jairo, Juan Carlos y Luz Elena Henao Correa: 80 SMLMV; y para los nietos Tatiana Marín Henao, María Victoria Hincapié Henao, Juan Andrés y María Catalina Henao Jiménez: 60 SMLMV.

-Perjuicios Morales, en favor de los actores en los mismos montos que acaban de ser referidos: para la señora María Elín Morales Cuartas (compañera) 100 SMLMV; para los señores Paola Andrea y Wilmar Orlando Henao Morales (hijos) 100 SMLMV; en favor de la señora Nelly Correa de Henao (madre) 100 SMLMV; para los hermanos Jhon Jairo, Juan Carlos y Luz Elena Henao Correa: 80 SMLMV; y para los nietos Tatiana Marín Henao, María Victoria Hincapié Henao, Juan Andrés y María Catalina Henao Jiménez: 60 SMLMV.

-Perjuicios a la vida en relación, para la señora María Elín Morales Cuartas (compañera) 100 SMLMV; para los señores Paola Andrea y Wilmar Orlando Henao Morales (hijos) 90 SMLMV; en favor de la señora Nelly Correa de Henao (madre) 100 SMLMV; para los hermanos Jhon Jairo, Juan Carlos y Luz Elena Henao Correa: 80 SMLMV; y para los nietos Tatiana Marín Henao, María Victoria Hincapié Henao, Juan Andrés y María Catalina Henao Jiménez: 50 SMLMV.

1.1.4. Que se ordene la actualización de las sumas reconocidas, conforme al IPC, así como el cumplimiento de la sentencia y se condene al pago de intereses.

1.2. HECHOS.

A folios 68 y 69 del C. 1, se narraron los siguientes:

1.2.1. Que el día 14 de febrero de 2013, en el sector de los puentes de “La Romelia” Pereira, sufrió accidente de tránsito el señor Oscar Ovidio Henao Correa, por lo que fue llevado por su familia al Hospital Santa Mónica de Dosquebradas, donde fue atendido dos horas después con reporte de dolor intenso en el abdomen y fue clasificado en “trial verde”.

1.2.2. En el Hospital Santa Mónica de Dosquebradas, fue ordenada la remisión del paciente a un centro de salud de tercer nivel, pero la ambulancia lo dirigió a la Clínica Pinares Médica de Pereira, donde no fue admitido y se demoraron para ordenar que fuera llevado al Hospital Universitario San Jorge de Pereira, nivel III de atención, pese a que el hospital de Dosquebradas había calificado la remisión como vital.

1.2.3. En la historia clínica que alcanzó a ser diligenciada en el Hospital Santa Mónica de Dosquebradas, consta que el señor Oscar Ovidio Henao Correa ingresó el 14 de febrero de 2013 a las 8:19 de la noche, fue admitido en el servicio de urgencias, donde se señaló como causa: accidente de tránsito; se documentó que presentaba traumatismos superficiales en el dorso, antebrazo, mano derecha y rodillas, estado consciente, orientado, caminando por sus propios medios, pálido, diaforético y con sangrado rectal, sin alteración neurológica focal, ni cambios isquémicos. Es formulado el diagnóstico principal de esguince y torceduras de la columna cervical; posteriormente se anota “aclaración diagnóstica: Paciente a quien no se le descarta episodio convulsivo como causa de su deterioro”. Manejo: Collar cervical, observación para vigilancia clínica. A las 21:00 horas se ordena remisión a nivel III, en cuanto el paciente persiste con dolor abdominal de moderada intensidad en flanco derecho; la remisión se ordena con diagnóstico de “TRAUMA CERRADO DE ABDOMEN”. A las 22:00 horas fue autorizado el transporte de ambulancia.

1.2.4. Luego de no ser recibido en la clínica Pinares médica, donde se ordenó que fuera llevado el paciente al Hospital Universitario San Jorge de Pereira, a este centro ingreso el día 14 de febrero de 2013 a las 22:29 horas, con reporte del “aspecto y estado general: MALAS CONDICIONES”; alteraciones del estado de consciencia, estuporoso, con vómito hematemesis o epilepsia crónica tratada con carbamazepina cada 12 horas, último episodio convulsivo hace 10 años; abdomen anormal, distensión y dolor abdominal mesogástrico Se deja constancia que no responde al interrogatorio, no tiene interacción con el médico, Manejo: Rx de tórax EKG (ecocardiograma), choque hipovolémico; traumatismos superficiales múltiples no especificado.

1.2.5. Al paciente le fue practicada cirugía general para el “trauma cerrado de abdomen” paciente en malas condiciones generales, dificultad respiratoria. El paciente es trasladado a UCI, presenta paro respiratorio. Se realiza entubación orotraqueal, suministro de adrenalina y transfusión de concentrado globular. Diagnóstico: choque hipovolémico. Se declara fallecido a las “22:29 horas”.

1.2.6. Estima la parte actora que si, al señor Oscar Ovidio Henao Correa, le hubieran dispensado los medios necesarios para la atención medica oportuna y

eficaz, éste hubiera tenido la oportunidad de salvar su vida, mediante el tratamiento indicado, intervención quirúrgica urgente en el hospital universitario de III nivel, de tal manera que la pérdida de tiempo en la atención y en la práctica de la cirugía que requería de manera urgente, derivó en la muerte del paciente.

1.2.7. Estima la parte accionante que se encuentran configurados los elementos de la responsabilidad de las accionadas, en cuanto a la falla del servicio antes descrita, el daño cierto materializado en la muerte de la víctima y la relación de causalidad entre la falla y el daño.

II. INTERVENCIÓN DE LAS ENTIDADES DEMANDADAS

2.1. La Nación- Ministerio de Salud y Protección Social contestó la demanda en escrito que reposa en el folio 104 a 128 del cuaderno 1, en el cual se opone a las pretensiones de la demanda y dice que no le constan los hechos planteados en la misma, habida cuenta que dicho Ministerio no tiene dentro de sus funciones y competencias la de suministrar atención médica a pacientes, es decir, no presta de manera directa o indirecta servicio de salud, sino que es rector de las políticas del Sistema General Protección y Social en materia de salud, pensiones y riesgos profesionales. Considera que las demás demandadas gozan de la autonomía administrativa y financiera que les permite atender la demanda sin injerencia del Ministerio. Como sustento de su oposición desarrolla las funciones y competencias a cargo, contenidas especialmente las leyes 10 de 1990, 100 de 1993, 489 de 1998 y 715 del 2001, así como el decreto 4107 del 2011.

Con base en lo anterior, formula la excepción de falta de legitimación en la causa por pasiva y denomina como tal la oposición: “inexistencia de daño antijurídico por parte de la Nación- Ministerio de Salud y Protección Social”.

2.2. La “Cms Colombia Ltda Corporación Médica Salud para los Colombianos”, en calidad de “**Propietaria del Establecimiento de Comercio Clínica Pinares Médica**” contestó la demanda con escrito obrante a folios 145 a 151 del cuaderno principal, mediante el cual hace oposición a las pretensiones formuladas en la demanda y sostiene que no le constan los hechos de la demanda, salvo lo atinente a que el 14 de febrero del 2013, a las 21:30 horas, recibió llamada del funcionario de referencia del Hospital Santa Mónica de Dosquebradas, Julio

César Trejos, quien comenta paciente con trauma cerrado de abdomen por accidente de tránsito, sangrado digestivo, síncope y colapso, y solicita una cama en la unidad de los cuidados intensivos. Refiere que en dicha época el servicio de cuidados intensivos era prestado por la IPS Dumian Medical S.A.S, entidad a la cual la corporación médica salud para los colombianos le realizó la consulta de disponibilidad de camas en UCI y manifestó ocupación total del servicio; por tal motivo la respuesta del Hospital Santa Mónica fue que no era posible recibir el paciente, ya que no contaba con los recursos necesarios para prestar los servicios complementarios de nivel superior y que, por tanto, debían buscar otra institución. Que posteriormente el paciente fue aceptado en la UCI del Hospital San Jorge de Pereira, y allí se evidenció que no tenía signos vitales, fue enviado a la morgue e informado a medicina legal.

Señala que, en cuanto a los demás hechos narrados en la demanda dicha entidad, no cuenta con ningún medio probatorio que pueda confirmar o desmentir lo narrado en la demanda.

Finalmente considera que la actuación de las entidades demandadas no da lugar a la declaratoria de responsabilidad, por cuanto la causa eficiente de la muerte del señor Oscar Ovidio Henao Correa, fue el accidente de tránsito que ocurrió en los puentes de la Romelia en la motocicleta que conducía.

Formula la excepción de hecho de un tercero, y titula como tal las siguientes oposiciones: “inexistencia de nexo causal entre la Cms Colombia Ltda. Corporación Médica Salud para los Colombianos y el presunto daño causado a Oscar Ovidio Henao Correa”, “obligación de medio y no de resultado”, “inexistencia de falla medica” “no cumplimiento de los elementos constitutivos de pérdida de oportunidad”, “excesiva tasación de los perjuicios”, “inexistencia de nexo de causalidad” e “inexistencia de daño moral”. por lo antedicho, solicita no acceder a las pretensiones de la demanda.

2.3. La ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas contestó la demanda a folios 161 al 171 del cuaderno 1, en la cual niega los hechos narrados por la parte actora y especialmente que dicha ESE hubiere dado la orden de remisión del paciente a determinado centro asistencial, por cuanto es el centro regulador de

urgencias quien determina a qué unidad de la red de prestación, se remite el paciente. Se opone a las pretensiones de la demanda, conforme a los siguientes “ARGUMENTOS DE DEFENSA”:

Resalta que en la responsabilidad administrativa imputada no se expresa fundamento alguno respecto de la atención brindada por dicha entidad, la que además fue oportuna y pertinente, sin que exista centro de imputación jurídica alguno en contra del actuar del Hospital Santa Mónica.

Explica, con base a la historia clínica, que la dolencia del paciente fue atendida y que el análisis del caso dio lugar a derivar al paciente a un nivel superior de atención; dicha remisión fue oportuna y debida, se sujetó a los estándares de calidad médica y a las guías de atención.

Indica que en la demanda se formula un cargo general sobre la presunta desatención por parte de las entidades demandadas, lo que a su juicio resulta indeterminado sobre la alegada negligencia por parte de la ESE de Dosquebradas, con mayor razón cuando el paciente fue atendido por trauma de abdomen, y ante los análisis y la clínica que presentaba, se procedió a la remisión, para lo cual realizó el trámite administrativo de ubicación en la red, por tanto, el hecho de la no recepción del paciente en determinado centro médico escapa a la órbita administrativa y médica de dicha ESE, por cuanto la aceptación en los centros médicos a los que la red ordena remitir pacientes, es ajena a la actuación del hospital.

Efectúa el análisis jurisprudencial en materia de responsabilidad administrativa por falla del servicio médico, en cuanto al régimen probatorio de la falla médica y a las causales de exoneración de dicha responsabilidad.

Con base de los argumentos que anteceden, formula la excepción de falta de legitimación por pasiva e invoca bajo el título de excepciones, los siguientes argumentos: “falta de competencia comoquiera que el actuar de la ESE Hospital Santa Mónica solo consistió en la recepción... para que el paciente... fuera trasladado dentro de la red de prestación médica, “inexistencia o falta de configuración de falla del servicio o ausencia de responsabilidad administrativa”,

“inexistencia de nexo causal entre el acto médico y el daño” y “valoración exagerada de los perjuicios”. Solicita denegar las súplicas de la demanda.

Propuso llamamiento en garantía a la compañía aseguradora La Previsora S.A. Compañía de Seguros, mediante a memorial visible a folio 167 a 180 *ibidem*, el cual fue admitido en providencia visible a folio 219 del cuaderno 1-1.

2.4. La Previsora S.A Compañía de Seguros, llamada en garantía por la codemandada ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas, compareció al proceso con el memorial que reposan a folios 232, a 246 del cuaderno 1.1, en el cual se opone a las pretensiones de la demanda y manifiesta que no se opone al llamamiento en garantía, siempre y cuando se tengan en cuenta la modalidad *claims made* del contrato de seguro suscrito con la ESE que formula el llamamiento, en el sentido que el endoso de la póliza que debe ser afectado, en caso de sentencia condenatoria, corresponde al certificado de renovación número 6 del seguro de responsabilidad civil 1004675, para la vigencia transcurrida desde el 31-07-2014 hasta el 31-07-2015, por comprender la fecha en que se efectuó la reclamación al asegurado, en audiencia de conciliación prejudicial como requisito de procedibilidad. Y que, igualmente, se tenga en cuenta el límite y valores asegurados.

Ahora, respecto de la demanda, se pronuncia sobre los hechos de la misma, para concluir que no deben prosperar las pretensiones del libelo inicial dirigido contra la ESE Santa Mónica de Dosquebradas, por cuanto da cuenta la historia clínica que ninguna falla puede atribuirse a ésta, por cuanto brindó y garantizó la atención médica dentro del nivel asistencial al que pertenece. Considera que la pretensión indemnizatoria por pérdida de oportunidad, perjuicios morales y perjuicios a la vida en relación, son inmateriales, por lo que no pueden ser indemnizados doblemente; además que la pérdida de oportunidad no es un perjuicio independiente sino un título de imputación, en respaldo de lo cual cita jurisprudencia del Consejo de Estado.

Concluye que, al no haber participado la compañía de seguros, directa ni indirectamente, en la atención del paciente de la ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas, hace suyos los argumentos de la llamante en garantía, en cuanto a la oportuna y debida prestación del servicio médico asistencial, así como respecto

dela remisión ordenada, que fue ajustada a las guías de atención y cuyo trámite administrativo de ubicación en la red fue adecuado y diligente, a tono con las autorizaciones recibidas del Centro Regulador de Urgencias, por lo que, en consecuencia, no hay relación de causalidad para que se pueda imputar responsabilidad a la ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas.

2.5. La ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira, entidad con quien inicialmente no fue practicada la notificación del auto admisorio de la demanda, conforme lo ordenado en dicha providencia visible a folio 94 del cuaderno principal, fue efectuada la notificación en razón de la orden proferida a folio 271, 282 y 283 del cuaderno 1-1, con fundamento en la constancia secretarial visible a folio 330 *ibidem* del 31 de mayo de 2019, por lo que en el proveído en mención se dispuso la suspensión de la audiencia inicial que había sido programada, y la nulidad procesal para el restablecimiento del término de traslado a la ESE, cuya notificación no había sido practicada.

Efectuada la debida notificación, la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira contestó la demanda, a través de apoderada judicial, en escrito visible a folio 295 *ibidem*, en el cual presenta oposición a las pretensiones de la demanda, acepta algunos hechos de la misma, niega otros y manifiesta no constarle algunos de ellos. Como ARGUMENTOS DE DEFENSA señala lo siguiente:

Que la responsabilidad endilgada a la entidad, por una pérdida de oportunidad para la sobrevida del paciente, al no haberlo intervenido quirúrgicamente de manera inmediata una vez ingresó al centro asistencial de tercer nivel, no se fundamenta en cuál era la cirugía que, según la parte actora, era la que debía practicarse; para ello explica que los registros en la historia clínica se asientan con posterioridad a la atención brindada a los pacientes, para darle prioridad a los mismos, conforme a la resolución 1995 de 1999, referente a la oportunidad en el diligenciamiento de los registros de atención en la historia clínica; de tal manera que, cuando se asienta el registro, es porque el paciente ya ha sido valorado, se le ha practicado algún procedimiento o se le ha administrado un medicamento.

Refiere que al paciente Oscar Ovidio Henao Correa se le brindó atención oportuna y eficaz, por cuanto fue valorado por el médico del servicio de urgencias y por el

cirujano, se ordenó la práctica de los exámenes de rigor, incluidos los imagenológicos como el TAC de abdomen total, el que no fue posible practicar debido a la gravedad de las lesiones que llevaron al paciente a un deceso rápido, examen con el cual se buscaba conocer las lesiones intra- abdominales que el paciente presentaba, para definir el tipo de intervención quirúrgica que requería.

Hace una síntesis de la atención del paciente en dicha entidad, así: ingresó a las 22:29 horas del día 14-02-2013, en malas condiciones, producto de accidente de tránsito en motocicleta. A las 23:09 horas ya había sido valorado por el médico del servicio de urgencias, se le habían tomado exámenes de laboratorio, se le había suministrado oxígeno, se había ordenado reserva y transfusión de concentrado globular, proferido orden de radiografía de tórax, así como valoración por cirujano. Que, para ese momento, el paciente continuaba hipotenso y desaturado, por lo que fue necesaria su reanimación con adrenalina y la entubación orotraqueal con ventilación; se tomó la radiografía de tórax; para las 23:15 fue valorado por especialista en cirugía, quien hizo lectura de la radiografía de tórax, y, ante la falta de claridad del origen del choque presentado por el paciente y las malas condiciones del mismo, ordenó el TAC de abdomen total y el traslado a UCI para la estabilización, pero cuando llegó a esta unidad el paciente ya había fallecido.

A efectos de explicar de manera pormenorizada la atención del paciente, efectúa transcripción de notas de enfermería, cirugía general y unidad de cuidados intensivos, para concluir que el paciente llegó en muy malas condiciones, que fue formulado diagnóstico de choque hipovolémico y no fue posible llevarlo a cirugía de manera inmediata, como se reclama en la demanda, porque la radiografía de tórax que le fue tomada no evidenció presencia de hemotórax (sangre en los pulmones) o neumotórax (aire en los pulmones), como tampoco presentaba sangrado que evidenciara al examen físico trauma torácico o abdominal; por todo lo cual era necesario el TAC abdominal para conocer el origen del choque y poder proceder al control del mismo. Igualmente se justifica no haber procedido inmediatamente a la cirugía, porque las condiciones del paciente eran tan graves que presentó paro respiratorio en el servicio de urgencias y no hubo tiempo de practicarle el TAC abdominal, por cuanto falleció antes; y el tiempo que transcurrió entre el arribo del paciente al Hospital San Jorge de Pereira, la atención brindada y su deceso fue apenas de una hora, incluso antes de ingresar al servicio de UCI.

Respecto de la pérdida de oportunidad alegada en la demanda, invoca jurisprudencia del Consejo de Estado según la cual no debe ser una especulación, sino basada en prueba científica que establezca el porcentaje real de probabilidad de sobrevivencia.

Propone bajo el título de excepciones, los que denominó: “inexistencia del nexo de causalidad” y “valoración exagerada de los perjuicios”.

Termina su intervención con la solicitud de negar todas y cada una de las pretensiones incoadas por la parte accionante.

Formuló llamamiento en garantía a la compañía aseguradora Mapfre Seguros Generales de Colombia S.A y a la compañía Allianz Seguros S.A, mediante a memorial visible a folio 300 a 303 *ibidem*, el cual fue admitido mediante providencia visible a folio 331 del cuaderno 1-1.

2.6. Mapfre Seguros Generales de Colombia S.A., mediante apoderado, contestó la demanda y el llamamiento en garantía, memorial que reposa en los folios 336 a 355 del cuaderno 1-1.

En cuanto los hechos de la demanda, manifestó que los mismos no le constan por lo que solicita tener en cuenta que la llamante en garantía negó rotundamente que el paciente hubiera fallecido por fallas imputables al servicio médico prestado por el hospital universitario y que, por el contrario, su muerte obedeció a la gravedad de las lesiones sufridas en accidente de tránsito, de las que el cirujano no tenía claridad sobre su ubicación, por lo que debía practicarle el TAC abdominal, pero la muerte sobrevino sin alcanzar a ello.

Y, respecto de las pretensiones de la demanda, se acoge en su integridad a la defensa que planteó su asegurada, por lo que se opone a todas y cada una de las súplicas que los actores formulan contra la demandada ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira, y, de contera, se opone a la condena de la aseguradora llamada en garantía.

A continuación, repite los fundamentos de defensa expuestos por el hospital universitario San Jorge en la contestación de la demanda, e invoca jurisprudencia del H. Consejo de Estado sobre el régimen de responsabilidad en el tema de la falla médica, para concluir que en el asunto de autos no está demostrado el nexo causal entre la muerte del paciente y el servicio prestado por su agenciada. En tal virtud, denomina excepciones las siguientes oposiciones: “inexistencia del nexo de causalidad”, “valoración exagerada de los perjuicios” “inexistencia o falta de configuración de falla del servicio”, “ausencia de culpa y consecuentemente de responsabilidad del demandado ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira y la llamada en garantía Mapfre Seguros Generales de Colombia S.A, “Cumplimiento *lex artis*” y “cobro de lo no debido”.

Sobre el llamamiento en garantía, señala que la póliza que refiere la llamante no está suscrita por Mapfre Seguros, sino por Allianz Seguros y está condicionada a la modalidad *claims made*, en la cual se cubren los reclamos realizados por el tercero al asegurado dentro de la vigencia del contrato de seguro, por lo que no es suficiente que la póliza esté vigente para la fecha del suceso. Invoca las condiciones generales y particulares de la póliza sobre los límites del valor asegurado, deducibles, y exclusiones.

Refiere que esta aseguradora no fue vinculada a la audiencia de conciliación extrajudicial, sino que vino a conocer del proceso con la notificación del auto admisorio del llamamiento en garantía, esto es, el 31 de julio de 2019, fecha para la cual las pólizas números 160131000016 y 1601215000067, expedidas por Mapfre seguros, así como el coaseguro en el que participaba con Allianz, ya no se encontraban vigentes por falta del requisito de efectividad de la cobertura, consistente en que la reclamación se hiciera dentro de la vigencia de la póliza, por lo que se trata de un evento sin amparo. Por tales razones, la aseguradora se opone al llamamiento en garantía, al considerar que la póliza venció el 30 de enero del 2017 y que la notificación del llamamiento en garantía tuvo lugar el 31 de julio del 2019, ante lo cual insiste en que el evento por el cual fue llamado al proceso, se quedó sin cobertura.

Igualmente, frente al llamamiento en calidad de coasegurador de Allianz Seguros, se opone al considerar que, para la fecha señalada de notificación del auto

admisorio de la demanda (31 de julio del 2019), no había póliza vigente en la que Mapfre Seguros participara como coaseguradora de Allianz Seguros, dado que la participación de Mapfre fue solo hasta el 31 de enero del 2018, mientras que la reclamación tuvo lugar el 31 de julio del 2019, fecha en la que aseguradora ya no tenía la condición de coaseguradora y, por lo mismo, se trata de un evento sin cobertura.

Por lo antedicho, propone respecto del llamamiento en garantía las excepciones que denominó: modalidad de cobertura *claims made*, límites asegurados de la póliza, deducibles, “ausencia de responsabilidad por parte de la aseguradora como consecuencia de una sentencia a favor de la demandada llamante en garantía”, garantías a cargo del asegurado, obligaciones del asegurado en caso de un acontecimiento adverso, existencia de otros seguros, coaseguro cedido y coaseguro aceptado.

2.7. Allianz Seguros S.A., igualmente llamada en garantía por la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira, compareció al proceso mediante escrito que reposa a los folios 396 a 423, en el cual se opone a las pretensiones de la demanda, por cuanto a su juicio no se vislumbran elementos para imputar responsabilidad médica al Hospital San Jorge de Pereira, por lo contrario, se encuentra demostrada su actuación diligente, oportuna y adecuada; no se acreditó la falla del servicio ni la existencia del nexo causal, por lo que no pueden prosperar las súplicas de la demanda.

En consecuencia, se opone a las solicitudes indemnizatorias consecuenciales, al no estar probada la responsabilidad de la demandada, menos aún respecto del lucro cesante de los familiares del fallecido, cuando no se aportó prueba de la dependencia económica de los actores con la víctima, ni siquiera de sus hijos por ser mayores de edad, incluso mayores de 25 años y tener capacidad económica. Tampoco los nietos de la víctima, por cuanto dependen de sus padres. Y en cuanto a los perjuicios morales, estima que el dolor de los actores no obedece a responsabilidad de la ESE demandada, sino al accidente de tránsito en el que sufrió graves lesiones que causaron su muerte. En tal medida, considera desproporcionada la tasación de los perjuicios.

En lo atinente en daño de la vida de relación, estima improcedente lo pretendido, porque dicha categoría no existe en el ordenamiento jurídico, y sólo sería predicable respecto la víctima directa.

Propone como excepciones frente a la demanda las que denominó: “inexistencia de prueba del nexo causal entre la muerte del Señor Henao Correa y la actuación del Hospital Universitario de Pereira”, “inexistencia de falla médica y de responsabilidad, debido a la actuación diligente, oportuna, adecuada y cuidadosa del Hospital Militar Central (sic)”, “las obligaciones médicas son de medio y no de resultado”, “perjuicio moral carente de prueba y tasación exorbitante”, “improcedencia de reconocimiento de perjuicios por pérdida de la oportunidad o pérdida de chance”, “improcedencia de reconocimiento de perjuicio por daño a la vida en relación”, e “improcedencia de reconocimiento de perjuicios morales”.

Contestó el llamamiento en garantía con negativa de la cobertura de la póliza en razón de la modalidad *claims made*, dado que la reclamación no se efectuó durante la vigencia de la póliza, es decir, entre el 31 de enero del 2017 y el 30 de enero del 2018, como tampoco versó sobre hechos ocurridos hasta el 31 de enero del 2012. Por el contrario, la primera reclamación fue en 14 de abril de 2015 en audiencia prejudicial, por fuera de la vigencia de la póliza 02220402790, ante lo cual el contrato de seguros no puede ser afectado.

Alega la prescripción del contrato de seguro, en cuanto explica que el Hospital Universitario de Pereira tuvo conocimiento del reclamo de la víctima desde el 14 de abril del 2015, fecha desde la cual contaba con 2 años para efectuar la reclamación a la aseguradora, es decir, hasta el 14 de abril del 2017, sin embargo, lo hizo el 24 de abril de 2019.

Itera que se opone a las peticiones del llamamiento en garantía, porque, en síntesis, la póliza no presta la cobertura para los hechos del proceso, han prescrito las acciones derivadas del contrato de seguro y no se ha realizado el riesgo asegurado.

Formula como excepciones frente al llamamiento en garantía, las que denominó: “falta de cobertura temporal de los contratos de seguro”, “las acciones derivadas de los contratos de seguro esgrimidos por el Hospital Universitario de Pereira con base

en los cuales se llamó en garantía a mi representada, se encuentran prescritas”, “inexistencia de obligación a cargo de la compañía aseguradora por cuanto no se ha realizado el riesgo amparado”, “exclusiones de las póliza número 022040270/0 y 022222063/0 con base en la cual el Hospital Universitario San Jorge de Pereira llamó en garantía”, “carácter meramente indemnizatorio que revisten los contratos de seguro”, “existencia de coaseguro en la póliza número 0220402790”, “tener en cuenta el valor asegurado establecido en los contratos de seguro”, y “ tener en cuenta los deducibles establecidos en las pólizas a cargo de la asegurada”.

III. ALEGACIONES DE CONCLUSIÓN Y CONCEPTO DEL MINISTERIO PÚBLICO

Surtido el trámite del contradictorio ante referido, mediante la notificación omitida respecto de la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira, el despacho, por auto visible 494 del cuaderno 1-2, convocó nuevamente a audiencia inicial para el día 26 de marzo de 2020; sin embargo, fue dispuesta la suspensión de términos judiciales en todo el país a partir del 16 de marzo de 2020, mediante los Acuerdos PCSJA20-11517, PCSJA20-11518, PCSJA20-11519, PCSJA20-11521, PCSJA20-11526, PCSJA20-11527, PCSJA20-11528, PCSJA20-11529, PCSJA20-11532, PCSJA20-11546, PCSJA20-11549, PCSJA20-11556 y PCSJA20-11567, emanados del Consejo Superior de la Judicatura. Con posterioridad, fue convocada la diligencia de manera virtual, conforme lo establecido en el Acuerdo PCSJA20-11632 del 30 de septiembre de 2020. Finiquitado el debate probatorio¹ fue dispuesto el traslado a las partes para alegaciones de conclusión y concepto del Ministerio Público, por auto del 20 de octubre de 2022². A esta convocatoria concurrieron los sujetos procesales, en el siguiente orden: Allianz Seguros SA, ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas, Corporación Médica Salud para los Colombianos, ESE Hospital Universitario San Jorge Pereira, Nación- Ministerio de Salud y Protección Social, La Previsora SA Compañía de Seguros, Mapfre Seguros SA y la parte demandante, con memoriales visibles en los archivos números 029, 030, 031, 032, 033, 034, 035 y 036, respectivamente, del expediente digital Samai, en los cuales expusieron los siguientes argumentos:

¹ Samai – documento 21

² Samai – documento 27

3.1. La parte demandante concurre en alegatos finales para insistir en que debe accederse a las pretensiones de la demanda, por encontrarse plenamente acreditadas las omisiones en que incurrieron las entidades demandadas, dado que la atención brindada al paciente fue inadecuada y tardía, por la pérdida de tiempo en la prestación del servicio médico, y por el fallido desplazamiento a la Clínica Pinares Médica, lo cual constituye una falla en el servicio médico asistencial, imputable a las entidades accionadas, que dio lugar a la configuración del daño, porque, si la atención médica hubiera sido oportuna, se hubiese salvado la vida del paciente.

Explica que el señor Oscar Ovidio Henao Correa ingresó a los servicios de urgencia del Hospital de Dosquebradas el día 14 de febrero de 2013 a las 08:19 pm y fue calificado con *trial* verde; posteriormente, presentó urgencia súbita, se tornó pálido, diaforético, con episodio de sangrado rectal, y ahí sí le prestaron mayor atención, por lo que a las 21:00 horas se decide REMISIÓN A TERCER NIVEL CON DX TRAUMA CERRADO DE ABDOMEN, pero sólo a las 22:00 horas se emite AUTORIZACIÓN PARA TRANSPORTE EN AMBULANCIA, con destino al Hospital Universitario San Jorge de Pereira. Sostiene que, en este transporte se presentó algo insólito, por cuanto el paciente es llevado por la ambulancia a la Clínica Pinares Médica, cuando la orden de remisión estaba para el Hospital Universitario San Jorge de Pereira, lo que a su juicio extraña aún más cuando quien emite la orden de remisión es el mismo médico que acompaña al paciente.

Resalta la parte demandante que SE PIERDE TIEMPO VALIOSO en este traslado a un sitio no ordenado, que hubiera contribuido a salvarle la vida al paciente, si se le hubiese llevado inicialmente al hospital San Jorge. Que por esa razón llegó a este último a las 22:29, en malas condiciones. Que fue recibido y valorado en el servicio de urgencias donde presentó paro respiratorio, choque hipovolémico, insuficiencia respiratoria, por lo que debió ser intubado, recibir asistencia ventilatoria y se ordenó traslado a UCI, pero al llegar se evidencia que no tenía signos vitales y se declara FALLECIDO.

Insiste en que si, al señor Henao Correa, le hubieran dispensado los medios necesarios, de manera oportuna y eficaz, hubiera podido salvarse su vida; que éste es un caso donde la vida de la persona depende de la prontitud y la celeridad con

que se implemente el tratamiento indicado, por lo que, no haber iniciado la intervención quirúrgica necesaria para salvarle la vida en el HOSPITAL UNIVERSITARIO de NIVEL TRES, sin pérdida de tiempo, tal circunstancia derivó en la muerte del paciente- falla en la prestación del servicio médico asistencial-. Que se dispone traslado a la UCI para estabilización del paciente, se ordena toma de TAC de abdomen y es llevado a la UCI en compañía del cirujano de turno y médico interno de cirugía, pero como la atención no fue oportuna y eficaz, no pudo salvarse la vida del paciente.

Que otro hubiera sido el resultado si se hubiera podido determinar oportunamente “la existencia de un desgarre hepático y de mesenterio al lado derecho”, los cuales ocasionaron un hemiperitoneo que lo llevó a la muerte por choque hemorrágico, según el concepto de medicina legal en el informe pericial de necropsia. Que si el paciente entró al servicio a las 08:19 pm, fue dada la orden de traslado al tercer nivel a las 21:00 y se ejecutó a las 22:00 cuando se emitió autorización para transporte en ambulancia, y llegó al Hospital Universitario San Jorge a las 22:29 según historia clínica, ello demuestra que SE PERDIÓ DEMASIADO TIEMPO y que si se hubiese realizado más eficientemente se hubiera preservado la vida del señor Henao Correa.

Que el transporte fallido del paciente a la Clínica Pinares Médica, se hubiera evitado si se acude al uso de la radio para darse cuenta de que los quirófanos de la clínica estaban ocupados con la atención de otro paciente por accidente en la avenida sur de la ciudad.

Transcribe un párrafo sin cita, referente a que el trauma abdominal se considera de alta morbilidad y mortalidad, para afirmar que una dimensión importante de la diligencia, tiene que ver la prestación efectiva y pronta de la atención médica, esto es con la garantía de que el solo ingreso a un centro asistencial tendrá que infundir la tranquilidad que el paciente y la familia demanden en razón de la calidad del servicio. Trae a cita en apartes, sentencia de la Corte Suprema de Justicia respecto de la atención en salud de calidad, oportuna, personalizada, humanizada, integral y continua, de acuerdo a los estándares profesionales, y que las fallas médicas y organizacionales relevantes desencadenan resultados dañosos, tales como el error de diagnóstico, la tardanza en descubrir la patología que sufría el paciente. Que la

atención no cumplió con estándares de calidad fijados por el estado del arte de la ciencia médica, vigente en el momento de la ocurrencia del hecho dañoso, por lo que la falta e indebida atención generan, de suyo, responsabilidad por violación del bien jurídico fundamental a la salud, conforme jurisprudencia del H. Consejo de Estado que transcribe *in extenso*.

Concluye que el señor Oscar Ovidio Henao Correa no estaba obligado a soportar un daño tan grave como la muerte, y una aflicción para su familia, dado el rango de derecho fundamental autónomo que tiene la salud y que, en este caso, se violó por cuanto el paciente fue sometido al “paseo de la muerte” al demorar tanto tiempo su traslado al centro de salud de tercer nivel, porque fue llevado primero a la clínica Pinares por lo cual se perdió un tiempo precioso, y ello redundó en el resultado fatal de la muerte. Por todo esto, ha de responder el Estado a través de sus entes ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas y la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira.

Cita también jurisprudencia del Honorable Consejo de Estado y doctrina, sobre la PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD como perjuicio autónomo, como fue la muerte del señor Oscar Ovidio Henao Correa, cuyo nexa es que la ESE Hospital Santa Mónica se tardó en prestar la atención debida, y cuando ordenó su remisión a un hospital de más alta complejidad o tercer nivel, hubo mucha demora en el traslado y fue llevado a la Clínica Pinares Médica a pesar de que la orden iba dirigida al Hospital San Jorge de Pereira, por lo que se perdió un tiempo que incidió en la falta de una pronta atención y valoración en el Hospital San Jorge, tiempo que hizo falta para realizarle el escaner abdominal que requería y así determinar el tipo de lesiones que le hubiese causado el accidente, que hubieren podido detectar el desgarre hepático y de mesenterio, que ocasionaron un hemiperitoneo que lo llevó a la muerte por choque hemorrágico. Por lo tanto, las demandadas tienen plena responsabilidad, como dice la Corte “las demoras excesivas dieron lugar a la pérdida de oportunidad que tenía la víctima de prolongar su expectativa de salir mejor librada de este acontecimiento”.

Con fundamento en lo argumentado, la parte actora reitera la solicitud de acceder a las súplicas de la demanda.

3.2. La ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas, en el escrito de alegatos de conclusión, manifiesta ratificar todos los argumentos expuestos en la contestación de la demanda, y solicita que sean atendidos tales fundamentos defensivos mediante un fallo desestimatorio de las pretensiones, por cuanto considera que el actuar de dicha entidad no tuvo nexo causal con el fallecimiento del señor Oscar Ovidio Henao Correa y que, por el contrario, las atenciones brindadas estuvieron acordes a las guías de práctica médica del Ministerio de la Protección Social, y se enmarcaron dentro de los criterios de oportunidad y suficiencia científica. Que debe tenerse en cuenta que la entidad gestionó de manera oportuna, con las buenas prácticas médicas, las remisiones pertinentes, y que fue por ello que el paciente logró ser trasladado y recibir atención especializada para su dolencia.

Concluye que las pruebas recaudadas demuestran que la patología que presentó el paciente fue mortalmente progresiva, y que escapa a la posibilidad médica y humana lograr revertirla. La atención en urgencias de la entidad estuvo acorde a los síntomas que el paciente presentaba y siempre estuvo atendido por el personal médico y de asistencia, sin que se logren evidenciar los elementos constitutivos de falla en el servicio, ni el nexo causal entre la atención brindada y la muerte del usuario, lo que a su juicio reafirma que no se debe acceder a las súplicas de la demanda y se debe liberar de toda responsabilidad a dicho centro asistencial.

3.3. La “Cms Colombia Ltda Corporación Médica Salud para los Colombianos”, en calidad de **“Propietaria del Establecimiento de Comercio Clínica Pinares Médica”** considera que quedó debidamente demostrado con la prueba documental CERTIFICADO emitido por la directora médica de la sociedad, ratificado con la prueba testimonial, que la Cms Colombia Ltda Clínica Pinares Médica no brindó ningún servicio de salud al paciente, y que cuando fue comentado al área de referencia de la I.P.S, el traslado no fue aceptado, como consecuencia de que no existía a disposición camas en la unidad de cuidados intensivos.

En el certificado se logró determinar por el área de referencia de la Cms Colombia Ltda Clínica Pinares Médica, que el día 14 de febrero de 2013, a las 21:30 horas, por medio de código interno PM2772, se recibió llamada del funcionario de referencia del hospital Santa Mónica, para comentar un paciente con trauma cerrado

de abdomen por accidente de tránsito, sangrado digestivo con síncope y colapso, y solicitar una cama en la unidad de cuidados intensivos UCI, pero que, en dicha época, el servicio de UCI era prestado por la I.P.S Dumian Medical S.A.S, entidad a la cual se le hizo la consulta de disponibilidad de camas, con respuesta de ocupación total del servicio, motivo por el cual se le respondió al Hospital Santa Mónica que no era posible recibir el paciente en los servicios complementarios de nivel superior y que debían buscar en otra institución. Que fue así como el paciente fue aceptado en la UCI de la E.S.E Hospital Universitario San Jorge de Pereira, y analiza la atención dispensada en este otro centro asistencial, con base en lo que informa la historia clínica.

Considera demostrado con la historia clínica y con la prueba contestada por la Fiscalía General de la Nación, que el responsable de las lesiones del señor Oscar Ovidio Henao Correa fue el conductor del vehículo que ocasionó el accidente de tránsito en el cual resultó lesionado el paciente, lo cual señala registrado en la historia clínica del Hospital Santa Mónica de Dosquebradas, que también comenta. Y, en cuanto a la respuesta de la Fiscalía, alude a que el caso se encuentra archivado provisionalmente desde 13-02-2013 por la causal de archivo por conducta atípica.

Concluye que la clínica Pinares Médica no es responsable de los perjuicios cuya indemnización es solicitada por los demandantes, en cuanto no le frustró la probabilidad de conservar la vida o recuperar la salud, debido a que *“aplicó el protocolo médico de la patología que presento conforme al estadio en que fue posible detectar científicamente la patología, (...) sin que se hubiera dado en ningún momento un descuido u omisión. Y mucho menos se dio Imprudencia, pues dispuso de los medios adecuados para la consecución de su fin. Si en el caso de darse un resultado inesperado, no obstante el esfuerzo, la diligencia, el cuidado y la prudencia prestada, ninguna culpa le es imputable y ninguna responsabilidad puede exigírsele al médico tratante”* (sic). Por lo demás, se dedica a comentar los datos de historia clínica correspondientes a las atenciones que el paciente recibió en otros centros asistenciales.

3.4. La ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira considera en su memorial de alegaciones finales, que no están llamadas a prosperar las

pretensiones de la demanda, toda vez que la parte actora no logró probar la alegada falla médica, consistente en la pérdida de oportunidad al no haber sido sometido el paciente, a su ingreso, a una "cirugía", cuando no se probó cuál era la presunta cirugía a practicar y cuando las condiciones de ingreso del paciente al Hospital San Jorge no eran las óptimas para una cirugía.

Explica que la historia clínica establece que, al ingreso a dicha entidad, el paciente se encontraba en malas condiciones generales, no interactuaba con el medio, se encontraba hipotenso, desaturado, taquicárdico, diaforético; que fue valorado de inmediato por el médico general, fueron ordenados y practicados los exámenes de laboratorio; así mismo, se le suministró el medicamento adrenalina para reanimarlo y se procedió a su intubación; se tomó radiografía de tórax, la cual fue leída por el cirujano al momento de la valoración del paciente y, al no ser concluyente, se ordenó la práctica de una TAC abdominal y el traslado a UCI para la estabilización del mismo, no obstante, el paciente falleció antes de ser ingresado a la UCI. La historia clínica también prueba que el tiempo que transcurrió entre la llegada del paciente, la valoración por médico general y especialista en cirugía, así como la toma de exámenes y el deceso del mismo, fue de aproximadamente una hora.

Que, en respaldo de lo anterior, el médico cirujano que atendió el paciente, declaró en su testimonio que el paciente se encontraba en muy malas condiciones, estaba choqueado, sin estigmas de traumas exteriores que permitieran conocer el origen del choque, que fue necesario practicar maniobras de reanimación y se ordenó un TAC y remisión a UCI; no obstante, el paciente falleció antes de ser ingresado a dicho servicio. Que también el especialista fue claro en señalar que, entre el momento de su llegada al Hospital San Jorge y su fallecimiento, el tiempo de permanencia del paciente en esa entidad fue de aproximadamente una hora y que su pronóstico correspondía a condiciones tan críticas que muy probablemente su muerte era inminente; que, dadas las condiciones tan críticas en las que se encontraba, debió reanimarse con vasoactivos (adrenalina) y además ser intubado, que no era posible que se llevara a cirugía en ese momento.

En relación con el informe de necropsia del paciente, señala que el señor Henao no presentaba estigmas de lesiones que concordaran con un trauma toraco-abdominal y, mucho menos con la forma en que se describía había ocurrido el accidente; que

de manera específica se indica que: "...en el examen exterior de necropsia presenta traumas muy leves de tejidos blandos.(...) y se arriba a la "CONCLUSIÓN PERICIAL: causa básica de muerte: DESGARRO HEPÁTICO POR TRAUMA CONTUNDENTE (...) manera de muerte: los hallazgos de la necropsia no son suficientes para documentar la manera de muerte", de lo cual concluye esta ESE que las pruebas aportadas al proceso permiten desvirtuar los centros de imputación que se pretenden endilgar a la ESE Hospital San Jorge relacionados con la pérdida de oportunidad al no ser llevado de manera inmediata el paciente a cirugía, por cuanto quedó demostrado que sus condiciones clínicas no lo permitían, ni probó la parte actora cuál era el chance o porcentaje de sobrevida del paciente en caso de haber sido llevado a cirugía como lo reclama en su libelo petitorio.

3.5. La Nación -Ministerio de la Protección Social- presentó alegaciones de conclusión para señalar que se ratifica en todas y cada una de las excepciones y argumentos de defensa planteados en la contestación de la demanda, que se opone a las pretensiones de los actores, que está probado dentro del expediente que tales reclamaciones no pueden prosperar respecto de ese Ministerio, por cuanto a éste le corresponde formular y adoptar la política para el sistema de salud y no la prestación de los servicios de salud. Invoca al respecto decisiones del H. Consejo de Estado, que transcribe, así como las disposiciones legales, especialmente la Ley 10 de 1990 que reorganizó el Sistema Nacional de Salud, por lo que la lesión del bien jurídicamente tutelado no resulta imputable a esta entidad, dado que la prestación del servicio no forma parte de la órbita de su competencia y por no ser la entidad que materialmente formuló el diagnóstico. También cita jurisprudencia de la H. Corte Constitucional, sobre la función pública; y del H. Consejo de Estado sobre el mismo aspecto y su diferencia con el servicio público.

Anota que la demanda dirigida a cuestionar la responsabilidad por falla en la prestación del servicio médico asistencial o la posible pérdida de oportunidad, por el fallecimiento del señor Oscar Ovidio Henao Correa, con ocasión de la atención brindada el 14 de febrero de 2013, tras haber sufrido un accidente de tránsito, no se refiere a la manera como el Ministerio de Salud y Protección Social (antes Ministerio de la Protección Social) ejerció sus funciones de dirección, vigilancia y control del servicio de salud, menos aun cuando toda la actividad probatoria de la parte demandante se dirigió a demostrar que fue por la mala práctica desplegada

por las entidades codemandadas que atendieron al demandante, que le causaron los perjuicios que reclama, mas no a la actividad desplegada por esa cartera ministerial. Con fundamento en lo anterior, reitera la excepción de falta de legitimación en la causa por pasiva de dicho ente y solicita que se despachen desfavorablemente las pretensiones formuladas en su contra.

3.6. La Previsora S.A Compañía de Seguros, llamada en garantía por la codemandada ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas, concurre al proceso en alegaciones finales, mediante escrito en el que resume los hechos y pretensiones de la demanda, e igualmente refiere el objeto del litigio propuesto en la audiencia inicial, para señalar que la decisión del problema jurídico, en especial para efectos de determinar si su agenciada ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas tiene comprometida su responsabilidad en los hechos, corresponde al Tribunal acometer el estudio del HECHO DE TRÁNSITO – Circunstancias de tiempo, modo y lugar que rodearon el accidente -, del TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL ACCIDENTE Y LA SOLICITUD DE ATENCIÓN MÉDICA, del CUADRO CLÍNICO DEL PACIENTE AL INGRESO A LA ESE HOSPITAL SANTA MÓNICA DE DOSQUEBRADAS, del DIAGNÓSTICO MÉDICO - Inespecificidad de síntomas – Ausencia de estigmas que acreditaran la lesión o el trauma cerrado de abdomen, y de los MEDIOS DE PRUEBA.

Respecto del HECHO DE TRÁNSITO, indica que las circunstancias de tiempo, modo y lugar en las que se presentó el accidente donde resultó lesionado el señor Oscar Ovidio Henao Correa, son desconocidas. Conforme a lo certificado por la asistente del Fiscal I con funciones de Policía Judicial, en la entrevista realizada a la señora Luz Marina Mayorga Zapata, en concordancia con lo dicho en la diligencia de Inspección Técnica A Cadáver, manifestó ser la esposa del señor Oscar Ovidio, indicó que éste sufrió un accidente de tránsito cuando conducía la moto, “cayendo de medio lado y posteriormente siendo auxiliado por un amigo”, que el señor Oscar Ovidio se levanta y conduce de nuevo su motocicleta hasta su casa y su esposa, al verlo con laceraciones, lo traslada al Hospital Santa Mónica de Dosquebradas.

En cuanto al CUADRO CLÍNICO y SIGNOS DEL PACIENTE AL INGRESO A LA ESE HOSPITAL SANTA MÓNICA DE DOSQUEBRADAS, indica la aseguradora que, conforme a la historia clínica del paciente, en la ESE Hospital Santa Mónica de

Dosquebradas las condiciones médicas del señor Oscar Ovidio Henao a su ingreso al centro asistencial, lo reportan consciente, alerta, orientado, caminando por sus propios medios, luego se torna pálido, diaforético, manifiesta episodio de sangrado rectal, refiere dolor cervical posterior y dolor en flanco abdominal derecho. A las 21:00 horas persiste dolor abdominal de moderada intensidad en flanco derecho, abdomen blando, depresible, dolor moderado a la palpación del flanco izquierdo. Dx (diagnóstico): trauma cerrado de abdomen. Remisión a nivel III.

Respecto de las PRUEBAS TESTIMONIALES, alude a los testimonios médicos, que señalaron la inespecificidad de los síntomas que presentaba el señor Oscar Ovidio Henao Correa -ausencia de estigmas que acreditaran la lesión o el trauma cerrado de abdomen—. Destaca los pronunciamientos de los galenos Fabián Moreno Murillo, profesional que atendió al paciente en la ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas, quien manifestó no recordar al paciente. Con apoyo en la historia clínica sostiene que, al momento de la atención, el paciente presentaba un Glasgow 15-15 y fruto de la revisión y examen clínico emitió una impresión diagnóstica de SÍNCOPE Y COLAPSO. Que 30 minutos después de su examen se queja de dolor abdominal. Informa que el paciente consultó por síntomas inespecíficos, se debía descartar infarto, hipoglicemia o hiperglicemia. La indicación inicial era la observación clínica, tomó glucometría y electrocardiograma. Al ser preguntado si para el dolor en el flanco derecho tomó la decisión de alguna ayuda diagnóstica, responde que en el momento de la atención no, porque, según las guías del trauma abdominal del Ministerio de Protección Social, el paciente tenía un abdomen blando, sin irritación peritoneal, peristaltismo presente, de allí que la indicación inicial era la observación clínica. Interrogado si dentro del examen físico estableció el estado de las vísceras del paciente, responde que es imposible determinar a través del examen físico externo el estado de las vísceras internas, máxime que el examen físico se basa en la auscultación externa y la palpación. Que es por eso por lo que los pacientes se deben dejar en observación. Preguntado sobre cuál es el examen indicado, responde que el examen de elección lo debe determinar el especialista en cirugía general, por eso se remitió, para valoración urgente. Sobre el tiempo de permanencia del paciente en la ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas, responde que el paciente ingresa al triage a las 20:12 horas. Se atiende a las 20:22 horas y se toma la decisión de remisión a las 21 horas. La remisión se hizo efectiva a las 22 horas.

Partiendo del diagnóstico de trauma cerrado de abdomen que fue formulado respecto de este paciente, se le preguntó cuál era el pronóstico de su estado de salud, y respondió que es clínicamente imposible establecerlo, se debe esperar evolución 24-48 horas; si requiere cirugía y hospitalización, con la atención inicial es imposible establecerlo, máxime que el paciente tenía un abdomen blando y depresible. Interrogado sobre los signos indicativos de una lesión visceral, contestó que según las guías son: dolor abdominal intenso, signos de irritación peritoneal, signo Blumberg positivo, ausencia de peristaltismo y abdomen en tabla. Preciso que en el paciente no estableció ninguno de esos síntomas. Que el accidente ocurrió dos horas antes del ingreso. El paciente no presentó en la ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas un síndrome abdominal agudo, y que como médico acompañó al paciente en todo su recorrido hasta su ingreso al Hospital Universitario San Jorge de Pereira.

El médico Luis Fernando Guarnizo Capera sostuvo que fungió como cirujano general entre 2012 y 2017, en la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira. No se acuerda del paciente, pero con apoyo en la historia clínica informa que éste llegó a la unidad de urgencias del Hospital en horas de la noche, en malas condiciones generales. Era un paciente hipotenso, taquicárdico, pálido, estaba frío, venía con una historia clínica de un accidente de tránsito, al parecer una caída en moto con trauma en el dorso, a nivel de la rodilla y del miembro superior derecho. Que previamente el paciente llega al Hospital de Dosquebradas, donde es valorado inicialmente, lo atienden y lo dejan en observación. Al parecer sin ninguna alteración inicial al ingreso, con unos hallazgos muy inespecíficos de un sangrado digestivo que no concordaba mucho con la historia de un trauma por un accidente de tránsito.

Que, sin embargo, el paciente se deteriora y llega al Hospital San Jorge para ser atendido. A su ingreso en malas condiciones generales, como consta en la historia clínica, lo atienden los médicos de urgencias y el personal de enfermería en ese momento. Lo ven pálido, diaforético, taquicárdico, hipotenso, tratan de reanimarlo con líquidos, se le toman unos exámenes para valorar mejor su estado general y, ante los antecedentes que refería el médico que lo acompañaba, le ponen sonda vesical para mirar el drenaje urinario, una sonda nasogástrica para mirar el drenaje de la cavidad gástrica y se reserva sangre. No se veía un estigma de trauma

evidente, ni en tórax ni en abdomen, no tenía unas heridas graves a nivel externo que permitieran establecer el mecanismo de sangrado que tuviera al paciente en shock, estaba estuporoso, lo que no permitía hacer un examen más exhaustivo a nivel del abdomen, porque el paciente no interactuaba con el medio, ni respondía verbalmente, ni a estímulos dolorosos. Durante la valoración, el paciente se deteriora en urgencias, presenta una falla respiratoria y necesita reanimación, se empieza el proceso de reanimación con una entubación orotraqueal.

Que se estableció que había un shock, pero no se sabía la causa, dónde estaba sangrando ese paciente. Se consideró que lo más indicado era llevarlo a un escáner de abdomen, para mirar cómo estaba el abdomen, determinar si había sangre o algún tipo de líquido a nivel abdominal para pasarlo a cirugía o cuidados intensivos, dependiendo como se viera la escanografía. En ese momento el paciente es reanimado porque presenta un paro cardiorrespiratorio, sale rápidamente de él, pero en el transcurso del traslado a cuidados intensivos, para realizar el escáner, el paciente vuelve y entra en asistolia con un paro cardíaco, no evidencia signos vitales, no presenta ningún tipo de respuesta y se declara fallecido. En el momento de ingreso del paciente, 11 de la noche, no se contaba con tantos recursos por imágenes, pero sí se tenía la disponibilidad de una tomografía.

Manifiesta que a este paciente no le ven lesiones a nivel de abdomen o tórax que expliquen dónde el paciente dice que se golpeó. Que el paciente no era operable al momento de ingreso. Respecto del sangrado rectal al que se hace mención en la historia clínica, manifiesta que esa es una información que no permitió llegar a un diagnóstico mucho más claro y certero, sin embargo, se le pasó una sonda nasogástrica en el servicio de urgencia y esa sonda no presentó ningún tipo de drenaje, y se le hizo un tacto rectal y no vieron estigmas de sangrado.

En cuanto al INFORME PERICIAL DE NECROPSIA del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, refiere que se consignó como CONCLUSIÓN PERICIAL que al examen exterior de necropsia presenta traumas muy leves de tejidos blandos; y al examen interior se encuentra un desgarró hepático y de mesenterio al lado derecho, los cuales ocasionaron un hemoperitoneo que lo llevó a la muerte por choque hemorrágico. Se tomó humor vítreo y se envió al laboratorio de toxicología para análisis de alcoholemia. Causa básica de muerte: Desgarró hepático por trauma contundente. Manera de muerte: Los hallazgos de la necropsia

no son suficientes para documentar la manera de muerte, con base en el acta de inspección técnica a cadáver se tiene en cuenta como accidente de tránsito.

Con fundamento en el anterior análisis de las pruebas, considera la llamada en garantía que, en el presente asunto, la carga probatoria fue incumplida por la parte demandante. Que no obra el medio probatorio – dictamen pericial -, que acredite en debida forma que el fallecimiento del paciente tuvo como causa eficiente una falla en la atención médica. Las extrañas circunstancias en las cuales se produjo el hecho de tránsito, no aclaradas en la etapa probatoria, la ausencia de estigmas que evidenciaran el trauma sufrido, la condición clínica del paciente al momento de ingreso al primer centro hospitalario luego de varias horas de presentado accidente, hacen que el fallecimiento no pueda ser imputado a la actuación de ninguna de las entidades accionadas.

Y que las pruebas llevan a concluir que la atención suministrada de manera inicial al paciente en la ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas, se ajustó a los protocolos y guías médicas. Que, una vez realizados los análisis y valoraciones, procedió a derivarlo a un nivel superior, atendiendo su cuadro clínico. La remisión se dio oportunamente y cumplió con los estándares de calidad médica, fue ajustada a las guías de atención. El trámite administrativo de ubicación en la red, respecto a la entidad asistencial donde sería recibido el paciente, se dio de manera adecuada y diligente, conforme a las autorizaciones recibidas por el centro regulador de urgencias. Por tales razones solicita absolver de responsabilidad a esta ESE.

Finalmente, solicita que, en caso que el Tribunal encuentre comprometida la responsabilidad administrativa de la ESE ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas y la condene al pago de indemnización de perjuicios, y al decidir el llamamiento a La Previsora S.A. Compañía de Seguros, con base en la póliza seguro responsabilidad civil No. 1004675 para la vigencia comprendida entre el 31-07-2014 hasta el 31-7-2015 (CERTIFICADO DE RENOVACIÓN No. 6), se declare que la aseguradora sólo está obligada al pago de lo que resta sobre el valor asegurado, una vez hechas las deducciones por pagos de otros siniestros reclamados durante la vigencia indicada haga o tenga que hacer, atendiendo siempre las coberturas establecidas, los deducibles pactados y los sub límites.

3.7. La compañía **Mapfre Seguros Generales de Colombia S.A.** señala en el escrito de alegatos finales que, a partir de los cargos de imputación formulados por la parte actora, consistentes en la pérdida de tiempo en la atención y en la práctica de la cirugía, que generaron la muerte del señor Oscar Ovidio Henao Correa, considera que para determinar si hubo pérdida de oportunidad de sobrevivida del paciente, se deben atender las orientaciones de la jurisprudencia del Consejo de Estado sobre el régimen de responsabilidad por falla probada, por lo que es la parte actora quien debe probar los tres elementos configurativos de la responsabilidad, esto es, el hecho, el daño y el nexo causal entre los dos primeros.

Resalta que la parte demandante no indica en ninguno de los hechos del libelo introductorio cuál fue la cirugía que supuestamente debió practicarse al paciente. Y que al respecto los testigos médicos refirieron que no se pudo definir la cirugía que requería el paciente.

Cita la declaración del médico Luis Fernando Guarnizo Capera, quien indicó que el paciente llegó al servicio de urgencias en muy malas condiciones, sin estigma de trauma evidente, que presentó un paro y requirió reanimación, que su estado era muy crítico, por lo que se dispuso su traslado a UCI, pero en el proceso de traslado a esta unidad, el paciente volvió a presentar un paro.

Señala que los testimonios recaudados durante la etapa probatoria, así como la historia clínica, resultan coherentes con la defensa esgrimida por el Hospital San Jorge de Pereira, con lo cual se demostró que el hospital de tercer nivel realizó todo lo que estuvo a su alcance, sin escatimar ningún recurso, para brindar la atención médica oportuna y necesaria que requería el paciente con el fin de poder establecer el origen de los signos y síntomas que registraba desde su ingreso, pero que fue debido a las graves condiciones de salud con las que ingresó a este centro asistencial, en un tiempo muy corto, esto es, aproximadamente una hora, que sobrevino el fallecimiento antes de que se pudiera definir la cirugía que requería.

Considera que del análisis de las pruebas que reposan en el expediente, se puede observar que no fundamentan las pretensiones de la demanda y no prueban la alegada falla u omisión del servicio que se le endilga al Hospital San Jorge de Pereira. Por lo tanto, la parte accionante ha incumplido con su deber de demostrar

la existencia de responsabilidad de la codemandada E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira.

En tal virtud, solicita desestimar las pretensiones de la demanda y exonerar de toda responsabilidad a la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira y, de contera, a la llamada en garantía Mapfre Seguros Generales de Colombia S.A.; y que, en caso de ser necesario el análisis de la relación contractual existente entre la llamante y la llamada en garantía, tenga en cuenta que las pólizas que sirvieron de soporte a dicho llamamiento, “no tienen cobertura para el evento demandado, por las razones explicadas dentro del escrito de contestación al llamamiento en garantía”, por lo que ratifica tales argumentos de defensa y ruega declarar probadas las excepciones de mérito propuestas por la aseguradora.

3.8. Finalmente, la compañía **Allianz Seguros S.A.**, igualmente llamada en garantía por la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira, solicita en el memorial de alegaciones de conclusión que se profiera sentencia favorable a sus intereses, esto es, que sean desestimadas las pretensiones de la parte actora y se declaren probadas las excepciones propuestas por la aseguradora, por cuanto no se demostró la responsabilidad administrativa que se pretende endilgar al demandado Hospital Universitario San Jorge de Pereira, ni la obligación de la llamada en garantía.

Analiza los elementos de la responsabilidad en el caso concreto, a la luz de las pruebas recogidas en el proceso, para considerar que, en cuanto al DAÑO ANTIJURÍDICO, del libelo introductorio emerge que consiste en el fallecimiento del señor Oscar Ovidio Henao Correa, con ocasión de la atención médica brindada en el Hospital Universitario San Jorge de Pereira, el día 14 de febrero de 2013. No obstante, estar probado el daño, la acreditación del mismo no es suficiente para configurar la responsabilidad pretendida.

Respecto de la CONDUCTA GENERADORA DEL DAÑO, indica que se hace consistir en una presunta falla en la prestación de los servicios de salud brindados al paciente en el Hospital Universitario San Jorge de Pereira, fundada en una supuesta, pero no probada, atención deficiente y tardía al citado paciente, carga de probar que le correspondía a los actores en relación con cada una de las

afirmaciones y de las imputaciones realizadas frente al extremo pasivo del proceso, de manera que, al no cumplir con dicha carga probatoria, se impone proferir sentencia favorable a los intereses del demandado. Que la parte demandante no allegó al proceso prueba técnica o científica alguna que demostrara fehacientemente una falla en el servicio de su agenciado, por lo que no puede endilgársele a éste la responsabilidad.

Que resultó probado con la HISTORIA CLÍNICA obrante en el plenario y con el TESTIMONIO del doctor Luis Fernando Guarnizo, que la atención brindada al paciente en el Hospital Universitario San Jorge de Pereira fue oportuna, diligente y ajustada a los parámetros que exige la *lex artis* para el tratamiento de las patologías con que arribó el usuario el 14 de febrero de 2013, en malas condiciones, hipotenso, desaturado, taquicárdico, diaforético, no interactuaba con el medio; que se le realizó valoración inicial con médico general, se ordenaron y practicaron exámenes, se suministró medicamento: adrenalina, para reanimación, se entubó, fue valorado por cirugía, se le realizó radiografía de tórax, la cual fue leída por el cirujano y, al no ser la misma concluyente, se ordenó TAC ABDOMINAL, y se determinó además el traslado a UCI, cuando falleció, no por causas atribuibles al manejo médico que se prodigó, sino debido a las complicaciones de las patologías que lo aquejaban.

Explica que el testigo médico Luis Fernando Guarnizo describió que el paciente llegó en malas condiciones generales, según consta en la historia clínica, lo atienden los médicos de urgencias y el personal de enfermería en ese momento. Lo ven pálido, diaforético, taquicárdico, hipotenso, tratan de reanimarlo, con líquidos, se le toman unos exámenes para valorar mejor su estado general y, ante los antecedentes que refería el médico que lo acompañaba, colocan sonda vesical para mirar el drenaje urinario, una sonda nasogástrica para mirar el drenaje de la cavidad gástrica y se reserva sangre. No se veía un estigma de trauma evidente ni en tórax ni en abdomen, no tenía unas heridas graves a nivel externo que permitieran establecer el mecanismo de sangrado que tuviera al paciente en shock; estaba estuporoso, lo que no permitía hacer un examen más exhaustivo a nivel del abdomen. Durante la valoración el paciente se deteriora en urgencias, presenta una falla respiratoria y necesita reanimación, la que se efectúa con entubación orotraqueal, se estableció que había un shock, pero no se sabía la causa, dónde estaba sangrando el paciente, no había un antecedente que explicara cuál era la

causa de su deterioro tan rápido. Se pensó que el paciente podía estar presentando un trauma cerrado de abdomen, pero en el examen físico no se evidenciaban estigmas de trauma que pudieran explicar que tuviera un compromiso a nivel abdominal que lo tuviera en tan malas condiciones. El mecanismo de trauma tampoco explicaba que pudiera tener una patología a nivel abdominal. Se consideró que lo más indicado era llevarlo a un escáner de abdomen, para mirar cómo estaba el abdomen, determinar si había sangre o algún tipo de líquido a nivel abdominal para pasarlo a cirugía o cuidados intensivos, dependiendo como se viera la escenografía. En ese momento el paciente es reanimado porque presenta un paro cardiorrespiratorio, sale rápidamente de él, pero en el transcurso del traslado a cuidados intensivos, para realizar el escáner, el paciente vuelve y entra en asistolia con un paro cardíaco y fallece; respecto de lo cual el declarante concluye que las condiciones eran tan críticas que muy probablemente su muerte era inminente.

Invoca igualmente la NECROPSIA, que determinó, al examen interior “un desgarró hepático y de mesenterio al lado derecho, los cuales ocasionaron un hemoperitoneo que lo llevó a la muerte por choque hemorrágico”, de lo que concluye que el hospital San Jorge desplegó todas las acciones necesarias para tratar las patologías del paciente, no obstante, su estado crítico, esto es, desgarró hepático y del mesenterio derecho, no hizo posible su recuperación, por ello de ninguna manera existió negligencia, impericia o imprudencia que se pueda endilgar a dicha institución, y lo que se presentó fue consecuencia de las malas condiciones de salud del accidentado, lo que lo llevó al deceso

Que las imputaciones de la parte actora contra su asegurada, le imponían acreditar la vulneración de protocolos, o cualquier negligencia, imprudencia o impericia atribuible a ésta, que hubiere dado paso a la merma en la salud del usuario, y que como consecuencia de ello se produjera la muerte del mismo, lo cual no se cumplió, por el contrario, la actuación de la demandada refleja total diligencia y cuidado con el paciente, como que desde su ingreso propendió por determinar el diagnóstico de las patologías de base que él padecía, garantizó la prestación de todos y cada uno de los servicios requeridos (valoración inicial, orden y practica de exámenes, imágenes diagnósticas, medicamentos, UCI, consultas con medicina general y cirugía, entre otros.), en tal virtud, solicitó se tenga por sentada la carencia de una conducta dañosa imputable a la ESE asegurada, más aún cuando no existe prueba

objetiva alguna de la falla médica por lo que no quedó acreditada la responsabilidad que la parte actora le atribuye.

Y, en cuanto al nexo de causalidad, invoca el concepto que sobre el mismo se encuentra orientado en la jurisprudencia del Honorable Consejo de Estado, para lo cual trae a colación la siguiente consideración: “El nexo causal es la determinación de que un hecho es la causa de un daño. En esa medida, en aras de establecer la existencia del nexo causal es necesario determinar si la conducta imputada a la Administración fue la causa eficiente y determinante del daño que dicen haber sufrido quienes deciden acudir ante el juez con miras a que les sean restablecidos los derechos conculcados”, así como que “en todos los casos, se debe acreditar la relación de causalidad entre la actuación de la entidad demandada y el daño antijurídico por el que se reclama indemnización de perjuicios, sin que sea suficiente para ello con probar la sola relación o contacto que hubo entre aquella y el paciente, ya que la responsabilidad sólo surge en la medida en que se acredite que una actuación u omisión de la Administración, fue la causa eficiente del hecho dañoso; y como reiteradamente lo ha sostenido la jurisprudencia, el nexo causal no se presume, debe aparecer debidamente probado (...)”.

En el caso concreto, concluye que no se demostró una conducta antijurídica imputable al extremo pasivo, puntualmente al hospital San Jorge de Pereira, ante lo cual resulta inocuo pretender establecer un nexo de causalidad entre sus actuaciones y el daño alegado, cuando quedó acreditada la actuación diligente de los accionados, que le brindaron todos los servicios por él requeridos, sin incurrir en negaciones o dilaciones injustificadas que entorpecieran su tratamiento en forma alguna, y cuando la causa directa del daño demandado por los actores, o fallecimiento del señor Oscar Ovidio Henao Correa, no tuvo relación con un actuar o una omisión médica. Busca respaldo a sus afirmaciones, en el testimonio del médico Luis Fernando Guarnizo, quien indicó que las condiciones del paciente eran tan críticas que posiblemente su muerte era inminente, razón por la cual no se puede endilgar a la actuación y/u omisión de la institución demandada.

Recalca que el contenido obligacional que conlleva el servicio médico es DE MEDIO Y NO DE RESULTADO, lo que significa que el objeto de la obligación consiste en la aplicación del saber y proceder en favor de la salud del paciente, ya que está

obligado a practicar una conducta diligente, sin que ello signifique que el fracaso del tratamiento o la ausencia de éxito genere un incumplimiento, para lo cual cita jurisprudencia del H. Consejo de Estado y concluye que en este caso los galenos cumplieron su obligación de medio: valoración inicial, examen físico, práctica de exámenes de laboratorio, suministro de medicamentos, reanimación, intubación, traslado a UCI, radiografía de tórax, interconsulta con la especialidad de cirugía, entre otras, todo ello con el objetivo de tratar las patologías del paciente y poder proceder con el respectivo tratamiento. No obstante, no existían posibilidades de tratar al señor, en razón de sus condiciones de salud que eran críticas, por lo que su muerte se tornaba inminente según lo declarado por el galeno en la diligencia de pruebas.

En cuanto a los perjuicios reclamados, considera que en el *sub judice* no se encontró acreditada la responsabilidad, por lo que sería inviable la condena y, en todo caso, lo es en la forma en que fueron solicitados, para lo cual itera el análisis de oposición de cada concepto.

Se opone a la prosperidad del llamamiento en garantía, como consecuencia de la falta de prueba de la responsabilidad de su asegurada. Además, en caso de salir avante las pretensiones, insiste en la FALTA DE COBERTURA TEMPORAL de la póliza conforme lo planteado en la contestación de su vinculación, en cuanto a la modalidad del aseguramiento, los límites del amparo, las exclusiones, las sumas aseguradas, los deducibles pactados, el coaseguro con MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A., por lo que termina con la solicitud de su absolució, de conformidad con las consideraciones expuestas por la llamante desde la contestación de la demanda, y por las contenidas en la respuesta al llamamiento en garantía “y reiteradas en esta oportunidad”.

IV. CONSIDERACIONES DE LA SALA

1. COMPETENCIA.

Por cuanto no se observa ninguna causal de nulidad de la actuación que hasta ahora se ha surtido, procede el Tribunal a proferir la decisión que en derecho corresponde, para lo cual es competente en **primera instancia**, de conformidad con lo previsto

en el artículo 152 numeral 6³ del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo *-antes de la modificación introducida por la Ley 2080 del 25 de enero de 2021⁴-*, cuyo texto conserva vigencia en razón al momento de la interposición de la presente demanda⁵

2. CUESTIÓN PREVIA: demanda dirigida contra la IPS Centro Médico Pinares Médica de Pereira.

Precisa el Tribunal que, aunque en el texto del libelo introductorio aparece como entidad demandada la IPS Centro Médico Pinares Médica de Pereira, ha comparecido al proceso como demandada, la **“Cms Colombia Ltda Corporación Médica Salud para los Colombianos”**, en calidad de **“propietaria del Establecimiento de Comercio Clínica Pinares Médica”** y, en tal calidad actuó en las distintas etapas del presente proceso y ejerció su derecho de defensa y contradicción, como elemento integrador del derecho al debido proceso, ante lo cual se tiene a esta última como codemandada dentro del presente plenario.

3. OBJETO DE LA DECISIÓN.

Corresponde a esta Corporación Judicial establecer⁶ la responsabilidad extracontractual de La Nación -Ministerio de Salud y Protección Social, la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira, la ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas y la “Cms Colombia Ltda Corporación Médica Salud para los

³ «6. De los de reparación directa, inclusive aquellos provenientes de la acción u omisión de los agentes judiciales, cuando la cuantía exceda de quinientos (500) salarios mínimos legales mensuales vigentes».

⁴ «Por medio de la cual se Reforma el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo –Ley 1437 de 2011– y se dictan otras disposiciones en materia de descongestión en los procesos que se tramitan ante la jurisdicción»

«ARTÍCULO 86. RÉGIMEN DE VIGENCIA Y TRANSICIÓN NORMATIVA. La presente ley rige a partir de su publicación, con excepción de las normas que modifican las competencias de los juzgados y tribunales administrativos y del Consejo de Estado, las cuales solo se aplicarán respecto de las demandas que se presenten un año después de publicada esta ley.

(...)

En estos mismos procesos, los recursos interpuestos, la práctica de pruebas decretadas, las audiencias convocadas, las diligencias iniciadas, los términos que hubieren comenzado a correr, los incidentes en curso y las notificaciones que se estén surtiendo, se regirán por las leyes vigentes cuando se interpusieron los recursos, se decretaron las pruebas, se iniciaron las audiencias o diligencias, empezaron a correr los términos, se promovieron los incidentes o comenzaron a surtir las notificaciones» (Se subraya y resalta)

⁵ 24 de abril de 2015 – documento 1- página 121 - expediente digital Samai.

⁶ Con fundamento en la fijación del litigio efectuada en audiencia inicial de fecha 26 de abril de 2022- Samai – índice 24.

Colombianos”, en calidad de “propietaria del Establecimiento de Comercio Clínica Pinares Médica”, por la alegada falta o falla en la prestación del servicio médico, por errónea remisión de parte de la ESE de Dosquebradas, desatención del paciente en la CMS y falta de diagnóstico y de práctica de la cirugía en la ESE de Pereira, o actuaciones que redundaran en una pérdida de oportunidad para la recuperación de la salud del paciente, todo lo cual produjo el fallecimiento del señor Oscar Ovidio Henao Correa, ocurrido el 14 de febrero de 2013, tras sufrir accidente de tránsito ese mismo día.

A lo anterior oponen las entidades asistenciales demandadas y sus llamadas en garantía, que la causa del daño o fallecimiento de la víctima, fue la gravedad de las lesiones sufridas por éste en el siniestro de tránsito, y que la atención médico asistencial fue adecuada y oportuna. Y, el ente ministerial, alega que sus funciones administrativas son ajenas a la atención en salud materia de demanda, por lo que formula la excepción de falta de legitimación en la causa por pasiva.

En el evento de encontrar configurada la responsabilidad imputada, la Sala de Decisión examinará la relación jurídico procesal existente entre la entidad o entidades que habrían de ser condenadas, y sus llamadas en garantía.

4. EXCEPCIONES.

En relación con las denominadas excepciones propuestas por las entidades demandadas y sus llamadas en garantía, tituladas: “inexistencia del nexo de causalidad” y “valoración exagerada de los perjuicios”, “inexistencia de daño antijurídico por parte de la Nación- Ministerio de Salud y Protección Social”, “inexistencia de nexo causal entre la Cms Colombia Ltda. Corporación Médica Salud para los Colombianos y el presunto daño causado a Oscar Ovidio Henao Correa”, “obligación de medio y no de resultado”, “inexistencia de falla médica” “no cumplimiento de los elementos constitutivos de pérdida de oportunidad”, “excesiva tasación de los perjuicios”, “inexistencia de nexo de causalidad” e “inexistencia de daño moral”, “inexistencia de prueba del nexo causal entre la muerte del Señor Henao Correa y la actuación del Hospital Universitario de Pereira”, “inexistencia de falla médica y de responsabilidad, debido a la actuación diligente, oportuna, adecuada y cuidadosa del Hospital Militar Central (sic)”, “las obligaciones médicas

son de medio y no de resultado”, “perjuicio moral carente de prueba y tasación exorbitante”, “improcedencia de reconocimiento de perjuicios por pérdida de la oportunidad o pérdida de chance”, “improcedencia de reconocimiento de perjuicio por daño a la vida en relación”, e “improcedencia de reconocimiento de perjuicios morales”, ningún análisis hará la Sala de estos medios de oposición, toda vez que estima esta colegiatura que sus fundamentos no constituyen excepciones propiamente dichas, por cuanto no atacan la pretensión mediante la formulación de hechos nuevos que por sí solos tengan la virtud de extinguir, aplazar o modificar los efectos de aquella, sino que se limitan a contradecir o negar los hechos de la demanda o los elementos constitutivos de la responsabilidad imputada, sin oponer un hecho nuevo que exija un análisis más allá del que de todas formas debe efectuarse respecto de dicha imputación, defensa que no alcanza a trascender a la configuración de medios exceptivos conforme a la técnica procesal, según lo ha señalado la doctrina y la jurisprudencia, así:

«Excepciones de fondo y su declaración oficiosa. El código administrativo se refiere solamente a las excepciones que se oponen a la prosperidad de la pretensión (artículo 164, inciso segundo), o sea aquellas que implican una defensa de fondo, por medio de la cual el demandado ya no se limita a contradecir o negar los hechos constitutivos del derecho o al simple rechazo de la pretensión, sino a afirmar la existencia de un hecho extintivo, modificativo o impeditivo que tenga como consecuencia que la relación jurídica no produzca efecto legal. En sentido más estricto se puede afirmar que el fenómeno exceptivo viene a implicar un hecho que por sí mismo tienen el poder jurídico de enervar la pretensión del demandante»⁷

También sobre los medios exceptivos se ha dicho:

«La excepción en el derecho ritual constituye una noción inconfundible con la defensa del demandado. La excepción es un medio de defensa, más no engloba toda la defensa. En su sentido estricto estriba en la negación del derecho alegado por el demandado. Y la excepción comprende cualquier defensa de fondo que no consiste en la simple negación del hecho afirmado por el actor, sino en contraponerle otro hecho impeditivo o extintivo que excluye los efectos jurídicos del primero y por lo mismo de la acción. La excepción es, pues, siempre autónoma de la acción»⁸

La jurisprudencia se ha ocupado del tema en los siguientes términos:

«(...)Para resolver este punto, la Sala recuerda que los argumentos con los cuales en un proceso judicial se pretenda impedir el surgimiento de las pretensiones de la demanda se consideran genéricamente excepciones. Pero la proposición de éstas

⁷ Betancur Jaramillo, Carlos. DERECHO PROCESAL ADMINISTRATIVO. Sexta edición 2.002. pág. 325, y Mora Caicedo, Esteban – Rivera Martínez, Alfonso. DERECHO ADMINISTRATIVO Y PROCESAL ADMINISTRATIVO. Octava edición 2.008. pág. 391.

⁸ Mora Caicedo, Esteban – Rivera Martínez, Alfonso. Derecho Administrativo Y Procesal Administrativo. Octava edición 2.008. pág. 391.

no puede basarse simplemente en defender la legalidad del acto acusado, como erróneamente lo presenta el apoderado del señor García García.

Además, la jurisprudencia ha sido enfática en señalar que son diferentes las razones de defensa que las excepciones de fondo, pues las primeras versan sobre los hechos y el derecho que se alega por la parte demandante, mientras que las segundas atienden a situaciones extintivas del derecho o que impiden el ascenso de las pretensiones.

“Las excepciones deben versar sobre hechos extintivos o impeditivos de la pretensión; no pueden confundirse con los argumentos encaminados a desvirtuar los hechos y/o los fundamentos de derecho en que sustenta el demandante sus peticiones, que constituyen el ejercicio global de la defensa; así se deduce del artículo 144 del Código Contencioso Administrativo, modificado por el artículo 46 de la Ley 446 de 1998, que distingue entre las razones de la defensa (num.2) y la proposición de las excepciones (num.3).”⁹

Así, en el caso sub- examine no encuentra la Sala que las excepciones propuestas ostenten en realidad esta entidad, toda vez que los argumentos que las estructuran no ponen de presente hechos o razones, que impidan el surgimiento de las pretensiones de la demanda.

En efecto, lo que la parte demandada propone son argumentos de defensa encaminados a desvirtuar la ilegalidad del Decreto 4736 de 2009, los cuales, de ser el caso, serán resueltos al analizar de fondo el presente asunto».

Ahora, en cuanto a la excepción de falta de legitimación en la causa por pasiva, propuesta por La Nación -Ministerio de Salud y Protección Social-, señala la Sala que en la audiencia pública inicial¹⁰ se declaró no probada la falta de legitimación *de hecho* en la causa pasiva; y se dispuso reservar para esta sentencia la decisión sobre la falta de legitimación *material* en la causa por pasiva de la entidad nacional, razón por la cual su análisis quedará inmerso en el estudio de fondo del asunto debatido.

5. ACERVO PROBATORIO.

Del material probatorio obrante en el plenario, se resalta como relevante lo que a continuación se indica:

5.1. Prueba documental.

- **Historia clínica de la ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas,** correspondiente al señor Oscar Ovidio Henao Correa, diligenciada el 14 de febrero de 2013, obrante en páginas 74 y 75, documento 1 del cuaderno principal del

⁹ Consejo de Estado, sentencias de la Sección Quinta: (i) Expediente radicado: 11001-03-28-000-2004-00008-01(3216), 9 de marzo de 2006, CP Filemón Jiménez Ochoa (ii) Expediente radicado: 11001-03-28-000-2010-00001-00, 8 de julio de 2010, CP: Susana Buitrago de Valencia.
¹⁰ documento 19 del expediente digital Samai.

expediente digital visible en el aplicativo SAMAI, y cuya transcripción se hará al momento de estudiar la actuación de las entidades que intervinieron en la atención médica asistencial del paciente.

- **Historia clínica de la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira**, correspondiente al señor Oscar Ovidio Henao Correa, en virtud de la remisión a tercer nivel de atención, dispuesta por la ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas, elaborada también el 14 de febrero de 2013, visible en página 83 documento 1 del cuaderno principal del expediente digital visible en el aplicativo SAMAI, que igualmente será transcrita en el acápite de análisis jurídico probatorio.

- Acta de **inspección técnica a cadáver** diligenciada por la Fiscalía General de la Nación y Policía Judicial, de fecha 15 de febrero de 2013, referente al señor Oscar Ovidio Henao Correa, en la cual consta que el fallecimiento ocurrió el día 14 de febrero del año 2013, a las 22:29 horas, en el Hospital San Jorge de Pereira; se realiza entrevista a la señora Luz Marina Mayorga Zapata, quien indicó ser la esposa del fallecido y narró que éste “llegó a la casa entre las 19:15 a 19:30, manifestándole que había sufrido un accidente en la moto al momento de la darle vía a un vehículo particular, cayendo de medio lado, llegó un amigo, lo auxilió, el señor Oscar Ovidio se levanta, conduce la motocicleta (...) llega a su casa, su esposa lo ve con raspaduras llevándolo en un taxi al Hospital Santa Mónica de Dosquebradas, allí es remitido a Pinares Médico (sic) y posteriormente al Hospital San Jorge donde fallece (...) agrega que su esposo sufría ataques epilépticos y era hipertenso” (documento 10, expediente digital samai, páginas 2 a 6).

- “Certificación de necropsia médico legal” (fl.41. c. 1, expediente físico) e **informe pericial de necropsia** elaborado por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, de fecha 15 de febrero de 2013, en el que aparece como “principales HALLAZGOS”: “trauma contundente en accidente de tránsito- 1. Desgarro hepático de lóbulo derecho. Hematoma laminar capsular de convexidad lóbulo derecho. 2. Desgarro mesenterio al lado de colon ascendente. 3. Hemoperitoneo de + de 2000cc. 4.Hematoma retroperitoneal. 5. Palidez generalizada en todos los órganos”. Se señala como “CONCLUSIÓN PERICIAL”: “En el examen exterior de necropsia presenta traumas muy leves de tejidos blandos. No hay lesiones de trauma para caracterizar patrones de lesión por accidente de

tránsito. En el examen interior se encuentra un desgarró hepático y de mesenterio al lado derecho, los cuales ocasionaron un hemoperitoneo que lo llevó a la muerte por choque hemorrágico (...) CAUSA BÁSICA DE MUERTE: desgarró hepático por trauma contundente. MANERA DE MUERTE: los hallazgos de la necropsia no son suficientes para documentar la manera de muerte, con base en inspección técnica a cadáver se tiene en cuenta como accidente de tránsito” (documento 10, expediente digital samai, páginas 7 a 11).

5.2. Prueba testimonial.

En relación con la **atención médico asistencial** del señor Oscar Ovidio Henao Correa, fueron escuchadas en audiencia pública de pruebas (documento 19 del expediente digital samai) las declaraciones testimoniales de los profesionales de la medicina que intervinieron en el manejo del paciente.

6. ANÁLISIS JURÍDICO PROBATORIO.

Para resolver el problema jurídico planteado en la presente instancia judicial, se ocupará la Sala de Decisión en el análisis de los siguientes aspectos: (i) el régimen de responsabilidad extracontractual, (ii) el daño, (iii) la imputabilidad del mismo a la actuación de las entidades demandadas y, en caso de encontrarse configurada la responsabilidad de alguno de los entes accionados, examinará el Tribunal (iv) la relación jurídico procesal accesoria derivada de los llamamientos en garantía formulados por los entes que habrían de ser condenados, frente a sus aseguradoras.

6.1. RÉGIMEN DE RESPONSABILIDAD.

De conformidad con lo establecido en el artículo 90 de la Constitución Política, es deber del Estado responder patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas. Así mismo fue estipulado en el artículo 140 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo el instrumento para hacer efectiva dicha cláusula constitucional de responsabilidad estatal, mediante el medio de control de reparación directa, que permite demandar el resarcimiento del daño cuando la causa del mismo sea un hecho, una omisión, una operación

administrativa o la ocupación temporal o permanente de un inmueble con ocasión de trabajos públicos o por cualquiera otra causa.

Tiene establecido la jurisprudencia del H. Consejo de Estado que dos son los postulados que fundamentan la responsabilidad estatal en los términos del artículo 90 superior: i) El daño antijurídico, y ii) la imputación del mismo a la administración, *“sin que sea posible predicar la existencia y necesidad y/o valoración y análisis de otro tipo de componentes a efectos de configurar la responsabilidad”*¹¹.

Igualmente, la Corte Constitucional ha señalado que *“la fuente de la responsabilidad patrimonial del Estado es un daño que debe ser antijurídico, no porque la conducta del autor sea contraria al derecho, sino porque el sujeto que lo sufre no tiene el deber jurídico de soportar el perjuicio, razón por la cual se reputa indemnizable”*¹².

Esta cláusula general de responsabilidad extracontractual del Estado tiene como fundamento la determinación de un daño antijurídico causado a un administrado y la imputación del mismo a la administración pública, tanto por la acción, como por la omisión de un deber normativo. Es así que con la Carta Política de 1991 se produjo la *“constitucionalización”*¹³ de la responsabilidad del Estado y se erigió ésta como garantía de los derechos e intereses de los administrados, que venía reconociendo la jurisprudencia y que ha dado lugar a la existencia de diversos regímenes de responsabilidad, como la falla en el servicio, el régimen de riesgo o el de daño especial.

La determinación de uno u otros regímenes de responsabilidad estatal corresponde al juzgador, en virtud del principio de *iura novit curia*, aplicable en las acciones de reparación directa como una excepción de la regla de la justicia rogada en materia contencioso administrativa, el cual le confiere al operador jurídico el direccionamiento hacia el régimen de responsabilidad pertinente a los fundamentos de hecho o *causa petendi*, para realizar la valoración que le corresponde por excelencia acerca de las actividades y elementos que hubieren intervenido en tales sucesos, con miras a encauzar el análisis del asunto planteado hacia el sistema de

¹¹ Consejo de Estado; Sección Tercera; Sentencia del 30 de agosto de 2007; Exp. 15932

¹² Corte Constitucional, Sentencia C-333 de 1996.

¹³ Consejo de Estado. Sección Tercera. Subsección C. Sentencia del 23 de enero de 2015. C.P. Jaime Orlando Santofimio Gamboa. Rad. 760012331000199703251 01 (20.507)

imputación que la jurisprudencia ha elaborado, precisamente, en consideración a las diversas actividades de la administración y a los elementos involucrados en tales actuaciones.

Ahora, en lo atinente al régimen de responsabilidad en materia de prestación del servicio médico, como el que se debate en el *sub examine*, la jurisprudencia del H. Consejo de Estado ha recorrido desde el régimen inicial de la falla probada, el cambio hacia la falla presunta¹⁴, y las teorías de la carga dinámica de la prueba^{15/16} y de la probabilidad determinante¹⁷, para regresar el régimen probatorio de la exigencia de la prueba de la falla médica, o falla probada¹⁸.

Al respecto, se trae a cita lo reiterado por el H. Consejo de Estado sobre el régimen de responsabilidad de la falla probada en materia médica y la importancia de la prueba indiciaria:

“(...) es importante recordar que desde hace ya varios años la jurisprudencia del Consejo de Estado abandonó la teoría de la falla presunta para acoger la regla general que señala que en materia de responsabilidad médica deben estar acreditados en el proceso todos los elementos que la configuran, esto es, el daño, la actividad médica y el nexo de causalidad entre ésta y aquel¹⁹, sin perjuicio de que para la demostración de este último elemento las partes puedan valerse de todos los medios de prueba legalmente aceptados, cobrando particular importancia la prueba indiciaria...”²⁰

Precisamente sobre la mencionada prueba de indicios, la doctrina²¹ indica:

“...Indicio es un medio de prueba resultante de una operación lógica mediante la cual, a partir de una circunstancia fáctica plenamente demostrada en el proceso, se infiere la existencia de otro hecho desconocido.

¹⁴ Expediente 6897. De esta evolución da cuenta el fallo expedido por la misma Corporación el 24 de agosto de 1992. Expediente 6754. Actor: Henry Enrique Saltarín Monroy.

¹⁵ Sentencia del 22 de marzo de 2001, expediente 13.284.

¹⁶ H. Consejo de Estado. Sección Tercera. CP Jesús María Carrillo Ballesteros. Expediente 12.706. Sentencia de enero 24 de 2.002.

¹⁷ Consejo de Estado. Sección Tercera. Decisión reiterada recientemente, que tiene su origen en la sentencia de mayo 3 de 1.999.

¹⁸ Consejo de Estado. Sección Tercera. CP Ruth Stella Correa Palacio. Sentencia de agosto 31 de 2.006. Radicación número 68001-23-31-2000-09610-01 (15772). Actor: María Olga Sepúlveda Ramírez. Demandado: Hospital Ramón González Valencia, sentencia del 15 de febrero de 2012, Expediente 23001-23-31-000-1999-01599-01(21738), demandante: Eugenio Isaza Bohórquez, demandado: Instituto De Seguros Sociales; sentencia del 3 de mayo de 2013, Expediente: 25000-23-26-000-2001-00572-01(26352), demandante: Guillermo León Arboleda Arboleda, demandado: Hospital Salazar de Villeta.

¹⁹ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencias de 31 de agosto de 2006, Exp. 15.772, C.P. Ruth Stella Correa Palacio; y de 30 de julio de 2008, Exp. 15.726, C.P. Myriam Guerrero de Escobar, entre otras.

²⁰ Consejo de Estado. Sección Tercera. CP: Danilo Rojas Betancourth, 3 de mayo de 2013, Expediente: 25000-23-26-000-2001-00572-01(26352), demandante: Guillermo León Arboleda Arboleda, demandado: Hospital Salazar de Villeta.

²¹ Serrano Escobar, Luis Guillermo. El Régimen Probatorio en la Responsabilidad Médica. Bogotá: Doctrina y Ley, 2012, p.281-282.

El hecho que se quiere probar, es decir, el hecho objeto de la prueba, no es conocido a través de la percepción del juez o de un tercero, sino mediante su deducción a partir o derivada de un hecho previamente probado, el hecho que sirve para la comprobación de aquél, vale decir el indicio, en tanto esa consecuencia aparezca naturalmente por obra de un juicio lógico.

(...)

Los indicios son una prueba crítica o lógica e indirecta. No pueden ser una prueba histórica ni representativa y mucho menos directa, porque su función probatoria consiste únicamente en suministrarle al juez una base de hecho cierta, de la cual pueda inferir indirectamente y mediante razonamientos crítico-lógicos, basados en las normas generales de la experiencia o en conocimientos científicos o técnicos especializados, un hecho desconocido cuya existencia o inexistencia está investigando.

Esta prueba consiste, básicamente, en la inferencia que induce del hecho conocido el hecho sometido a prueba. De ahí su carácter indirecto, por cuanto el resultado se obtiene por razonamiento y se apoya en otras pruebas...”

La jurisprudencia del Alto Tribunal de lo Contencioso Administrativo mantiene el criterio de la falla probada en materia de prestación del servicio médico asistencial, como en la reciente sentencia del 24 de abril de 2023²², e igualmente ha reiterado²³ los fundamentos y efectos de este régimen de responsabilidad del servicio médico, así como la garantía que dicho servicio comporta respecto del derecho a la salud, que debe ser prestado conforme al principio de integralidad:

“3. Régimen de imputación derivado de la actividad médica.

*Ahora bien, en cuanto al régimen de responsabilidad derivado de la actividad médica, en casos como el presente la Sección ha establecido que el régimen aplicable es el **de falla del servicio**, realizando una transición entre los conceptos de falla presunta y falla probada, en la actualidad la posición consolidada de la Sala en esta materia la constituye aquella según la cual es la **falla probada del servicio** el título de fundamento bajo el cual es posible configurar la responsabilidad estatal por la actividad médica hospitalaria (...).*

*En el mismo sentido, partiendo del análisis del caso en el marco de la **falla probada del servicio como título de imputación** (...), “... en la medida en que el demandante alega que existió una falla del servicio médico asistencial que produjo el daño antijurídico por el cual reclama indemnización...” (...).*

Dicho título de imputación opera, como lo señala la jurisprudencia de la Sección Tercera no sólo respecto de los daños indemnizables derivados de

²² Consejo de Estado. Sección Tercera. Subsección A. CP María Adriana Marín. Sentencia del 24 de abril de 2023. Radicación número: 85001-23-33-000-2015-00330-01 (60187) Actores: Doris Mildrey Fonseca Zorro y otros. Demandado: Hospital de Taurema E.S.E. y Hospital de Yopal E.S.E.

²³ Consejo de Estado. Sección Tercera. CP: Jaime Orlando Santofimio Gamboa. Sentencia del 18 de mayo de 2017 Rad.: 76-001-23-31-000-2003-03842-01 (35.613) Actora: María Trinidad Castillo Rojas, Demandado: Nación – Ministerio de Defensa Nacional – Ejército Nacional – Dirección de Sanidad Militar.

la muerte o de las lesiones corporales causadas, sino que también comprende:

“... los que se constituyen por la vulneración del derecho a ser informado; por la lesión del derecho a la seguridad y protección dentro del centro médico hospitalario y, como en este caso, por lesión del derecho a recibir atención oportuna y eficaz” (...).

Cuando la falla probada en la prestación del servicio médico y hospitalario se funda en la “lesión al derecho a recibir atención oportuna y eficaz”, se debe observar que está produce como efecto la **vulneración de la garantía constitucional que recubre el derecho a la salud**, especialmente en lo que hace referencia al respeto del **principio de integralidad** en la prestación de dicho servicio, el cual según el precedente jurisprudencial constitucional:

“La protección al derecho fundamental a la salud no se limita simplemente al reconocimiento de los servicios que se requieren con necesidad; sino que comprende también su acceso de manera oportuna, eficiente y de calidad. La prestación del servicio de salud es oportuna cuando la persona lo recibe en el momento que corresponde para recuperar su salud sin sufrir mayores dolores y deterioros. En forma similar, el servicio de salud se considera eficiente cuando los trámites administrativos a los que se somete al paciente para acceder a una prestación requerida son razonables, no demoran excesivamente el acceso y no imponen al interesado una carga que no le corresponde asumir. Por otro lado, el servicio de salud es de calidad cuando las entidades obligadas a prestarlo actúan de manera tal “que los usuarios del servicio no resulten víctimas de imponderables o de hechos que los conduzcan a la desgracia y que, aplicando con razonabilidad los recursos estatales disponibles, pueden ser evitados, o su impacto negativo reducido de manera significativa para la persona eventualmente afectada” (...).

Dicho principio de integralidad del servicio exige considerar, según el precedente jurisprudencial constitucional, que

“todo cuidado, suministro de medicamentos, Intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes para el diagnóstico y el seguimiento, así como todo otro componente que el médico tratante valore como necesario para el pleno restablecimiento de la salud del paciente o para mitigar las dolencias que le impiden llevar su vida en mejores condiciones; y en tal dimensión, debe ser proporcionado a sus afiliados por las entidades encargadas de prestar el servicio público de la seguridad social en salud” (70).

A lo que se agrega, según el precedente jurisprudencial constitucional:

“Se considera por tanto que hay un daño, cuando se produce un dolor intenso, cuando se padece la incertidumbre y cuando se vive una larga e injustificada espera, en relación con la prestación de servicios médicos, la aplicación de medicamentos o la ejecución de procedimientos que no llegan o que se realizan de manera tardía o incómoda.

“Al respecto cabe destacar que el derecho a la salud de conformidad con la jurisprudencia de la Corte Constitucional:

— **Debe ser integral:**

“(...) la atención y el tratamiento a que tienen derecho los pertenecientes al sistema de seguridad social en salud cuyo estado de enfermedad esté afectando su integridad personal o su vida en condiciones dignas, son integrales; es decir, deben contener todo cuidado, suministro de medicamentos, Intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes para el diagnóstico y el seguimiento (...), así como todo otro componente que el médico tratante valore como necesario para el pleno

restablecimiento de la salud del paciente (...) o para mitigar las dolencias que le impiden llevar su vida en mejores condiciones; y en tal dimensión, debe ser proporcionado a sus afiliados por las entidades encargadas de prestar el servicio público de la seguridad social en salud” (...).

En ese sentido, la Sala ha manifestado en decisiones precedentes que dicha falla se circunscribe a una consideración básica:

“La obligación de prestar asistencia médica es compleja, es una relación jurídica total, compuesta por una pluralidad de deberes de conducta (deber de ejecución, deber de diligencia en la ejecución, deber de información, deber de guardar secreto médico, etc.). Ese conjunto de deberes conforma una trama, un tejido, una urdimbre de la vida social responde a la idea de organización —más que de organismos— en punto a la susodicha relación jurídica total (...) Por tanto, aquel deber jurídico principal supone la presencia de otros deberes secundarios de conducta, como los de diagnóstico, información, recepción de la voluntad jurídica del enfermo —llamada comúnmente consentimiento del paciente—, prescripción, guarda del secreto profesional, **satisfacción del plan de prestación en su integridad (actividad que supone no abandonar al enfermo y cuidar de él hasta darlo de alta)**” (...) (Resaltado y subraya fuera de texto).

La misma providencia alude a la responsabilidad médica por falla u omisión en el diagnóstico que impida el tratamiento, lo que guarda similitud fáctica con los fundamentos de la demanda, en la que se plantea falta de atención y de formulación del diagnóstico que permitiera establecer el manejo quirúrgico que requería el paciente:

“Se recuerda que para imputar responsabilidad a la administración por daños derivados de un error en el diagnóstico, se requiere acreditar que el servicio médico no se prestó de manera adecuada por alguno de los siguientes motivos: I) el profesional de la salud omitió interrogar al paciente o a su acompañante sobre la evolución de los síntomas que lo aquejaban, II) el médico no sometió al enfermo a una valoración física completa y seria, III) el profesional omitió utilizar oportunamente todos los recursos técnicos y científicos a su alcance para determinar con precisión cuál es la enfermedad que sufre el paciente, IV) el médico dejó de hacerle el seguimiento que corresponde a la evolución de la enfermedad, o simplemente incurrió en un error inexcusable para un profesional de su especialidad, V) el galeno interpretó indebidamente los síntomas que presentó el paciente o VI) existe una omisión de la práctica de los exámenes que resultaban indicados para el caso concreto, sin embargo, cuando la falla probada en la prestación del servicio médico y hospitalario se funda en la “lesión del derecho a recibir atención oportuna y eficaz, se debe observar que ésta se produce como efecto a la vulneración de la garantía constitucional que recubre el derecho a la salud en lo que hace referencia al respeto del principio de integridad en la prestación de dicho servicio. **En este sentido, si se acredita un error en el diagnóstico que se derivó de la omisión del personal médico de utilizar oportunamente todos los recursos técnicos y científicos a su alcance para determinar con precisión cuál era la enfermedad que sufría el paciente, concretamente en la negativa de practicarle un examen, se encuentra probada la falla médica en la prestación del servicio de salud**” (Resaltó el Tribunal).

Los elementos de la responsabilidad extracontractual bajo el título de la falla del servicio, de acuerdo con la reiterada jurisprudencia son tres (i) el daño antijurídico sufrido por el interesado, (ii) la falla del servicio propiamente dicha, que consiste en el deficiente funcionamiento del servicio, porque no funcionó cuando ha debido hacerlo, o lo hizo de manera tardía o equivocada o incurrió en incumplimiento de sus deberes, y finalmente, (iii) una relación de causalidad entre los dos elementos anteriores, es decir, la comprobación de que el daño se produjo como consecuencia de la falla del servicio, en este caso servicio médico. Para el caso de marras, se estudiará con especial relevancia la prueba indiciaria para la demostración del nexo causal en el evento de ser necesario.

A la parte actora le corresponde la carga de la prueba de los anteriores elementos, en orden a que se declare la pretendida responsabilidad de la entidad estatal accionada, de conformidad con lo previsto en el artículo 167 del CGP, aplicable por remisión supletoria del artículo 306 del CPACA. En forma correlativa, a la parte demandada le atañe la carga de demostrar las causales eximentes de responsabilidad, esto es, caso fortuito, fuerza mayor y hecho determinante y exclusivo de la víctima o de un tercero.

6.2. EL DAÑO.

El daño tiene fundamento constitucional en el artículo 90 Superior, en cuanto dispone que el Estado es patrimonialmente responsable por los daños antijurídicos que le sean imputables, por la acción o la omisión de las autoridades públicas, e integra entre otras disposiciones constitucionales, el artículo 2º *ibidem*, en virtud del cual las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en su vida, honra, bienes, creencias y demás derechos y libertades.

Es así que, a partir de la Constitución de 1991, se estableció el daño antijurídico como base fundamental de la responsabilidad del Estado. Respecto de la noción de daño antijurídico, la jurisprudencia del H. Consejo de Estado ha orientado en los siguientes términos:

"El daño consiste en el menoscabo del interés jurídico tutelado y la antijuridicidad en que él no debe ser soportado por el administrado, ya sea porque es contrario a la Carta Política o a una norma legal o porque es "irrazonable," sin depender "de la licitud o ilicitud de la conducta desplegada

por la Administración.”

El daño, para efectos de que sea indemnizable, exige que se acrediten los siguientes requisitos relacionados con la lesión o detrimento del derecho cuya reparación se reclama: i) debe ser antijurídico, esto es, que la persona no tenga el deber jurídico de soportarlo, ii) debe lesionar un derecho, bien o interés protegido por el ordenamiento legal y iii) debe ser personal y cierto, es decir, que se pueda apreciar material y jurídicamente y, por ende, no puede limitarse a una mera conjetura.

La jurisprudencia ha afirmado que el daño susceptible de indemnización es aquél que es cierto, esto es, que es verificable y determinable, en tanto aparezca como una disminución patrimonial o de los derechos del demandante²⁴, sin que pueda ser resarcido lo eventual, hipotético o meramente posible²⁵. La acreditación de la certeza del daño es carga del demandante, de manera que le corresponde el deber de probar que sufrió una afectación o menoscabo y que el mismo se torna antijurídico”²⁶

Igualmente, la doctrina ha definido el daño así:

“1932. Se considera como tal la afectación, menoscabo, lesión o perturbación personal (carga anormal para el ejercicio de un derecho o de alguna de las libertades cuando se trata de persona natural), que no es soportable por quien la padece bien porque es irrazonable, o porque no se compadece con la afirmación de interés general alguno.

1933. Así pues, daño antijurídico es aquel que la persona no está llamada a soportar puesto que no tiene fundamento en una norma jurídica, o lo que es lo mismo, es aquel que se irroga a pesar de que no existe una ley que justifique o imponga la obligación de soportarlo.

1934. El daño antijurídico comprendido desde la dogmática jurídica de la responsabilidad civil extracontractual y del Estado, impone considerar dos componentes: a) el alcance del daño como entidad jurídica, esto es, “el menoscabo que a consecuencia de un acaecimiento o evento determinado sufre una persona ya en sus bienes vitales o naturales, ya en su propiedad o en su patrimonio”; o la “lesión de un interés o con la alteración in pejus del bien idóneo para satisfacer aquel o con la pérdida o disponibilidad o del goce de un bien que por lo demás permanece inalterado, como ocurre en supuestos de sustracción de una cosa”, y b) aquello que, derivado de la actividad, de la omisión, o de la inactividad de la administración pública no sea soportable i) bien porque es contrario a la Carta Política o a una norma legal, o ii) porque sea “irrazonable”, en clave de los derechos e intereses constitucionalmente reconocidos, y iii) porque no se encuentra sustento en la prevalencia, respecto o consideración del interés general, o de la cooperación social.”²⁷ (Subrayado fuera de texto).

²⁴ 18 Tamayo Jaramillo, Javier, Tratado de Responsabilidad Civil, T. II, 2ª edición, Temis, 2011, p. 339 a 340

²⁵ 19 Gil Botero, Enrique, Responsabilidad Extracontractual del Estado, 5ª edición, Temis, 2011, p. 118.

²⁶ Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Subsección A. CP: Carlos Alberto Zambrano Barrera. Sentencia del 12 de mayo de 2016. Radicación número: 68001-23-31-000-2005-02581-01 (40544) / CP: Hernán Andrade Rincón. Sentencia de 9 de septiembre de 2015. Radicación número: 73001-23-31-000-2001-03279-02(34468)

²⁷ Santofimio Gamboa, Jaime Orlando. Compendio de Derecho Administrativo. Bogotá: Universidad Externado de Colombia, 2017, p. 743 - 744.

Ha explicado la jurisprudencia del H. Consejo de Estado, en hermenéutica de la referida normativa constitucional, que el juez de la responsabilidad patrimonial del Estado debe constatar la antijuridicidad del daño y elaborar un juicio de imputabilidad que le permita encontrar un título jurídico de imputación, es decir, no la mera causalidad material, sino establecer la *imputatio juris* y la *imputatio facti*²⁸:

Desde la óptica de la *imputatio juris*, el soporte de la obligación de reparar tiene su fundamento de justicia en alguno de los esquemas de atribución, esto es, el dolo o la culpa, en el régimen subjetivo de responsabilidad, y la igualdad ante las cargas públicas, la solidaridad y la equidad en el régimen objetivo de responsabilidad; como quiera que *“la teoría de la responsabilidad del derecho público en la actualidad se deriva de todo tipo de actos, incluso de meros hechos originados en el actuar administrativo, y no solo en aquellos actos que han sido declarados ilegales, sino que también cabe un compromiso por los daños que provienen de la actuación lícita”*²⁹.

Para la estructuración de la responsabilidad extracontractual del Estado, en primer término, debe abordarse el estudio del daño antijurídico, condicionado a que encuentre probada su existencia, para luego abordar el régimen de responsabilidad aplicable y el título de imputación. Argumento que se explica porque conforme indica la doctrina³⁰ con base en la jurisprudencia del H. Consejo de Estado, el examen judicial de las controversias en reparación directa enfocaba, por regla general, inicialmente, la falla en el servicio, en razón a que la antijuridicidad del daño se conceptualizaba desde la ilicitud de la causa, y ese esquema modificó con ocasión de la evolución del deber reparatorio, y se determina la responsabilidad indemnizatoria por “actos lícitos, o conductas regulares causantes de daños injustos”, bajo la consideración que el daño tenga origen en un acto ilícito, es suficiente, pero no siempre necesario para la reparación, en cuanto ésta puede tener también fundamento en daños causados cuando el Estado o la entidad de derecho público ha obrado conforme a derecho.

²⁸ Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Sentencia del 13 de julio de 1993

²⁹ Enrique Gil Botero, La Responsabilidad Extracontractual del Estado, European Research Center Of Comparative Law, Bogotá-Colombia, 2015, pg. 62

³⁰ Enrique Gil Botero, “La Responsabilidad Extracontractual del Estado” Capítulo II, pg.58-59, Séptima Edición, European Research Center Of Comparative Law 2015.

De lo anterior se deduce el carácter prioritario del daño, como elemento estructurador del deber resarcitorio, y bajo tal planteamiento, en términos del artículo 90 de la Constitución Política, es más adecuado que el juez aborde, en primer lugar, el examen del daño antijurídico, para, en un momento posterior, explorar la imputación del mismo al Estado o a una persona jurídica de derecho público agente estatal. Advertido que la objetivación del daño indemnizable que surge del artículo 90 Constitucional, sugiere en lógica estricta que, “el juez se ocupe inicialmente de establecer la existencia del daño indemnizable”, puesto que, si no se establece la ocurrencia del mismo, se torna inútil cualquier otro juzgamiento, que pueda hacerse en los procesos de reparación directa.

Lo anterior, a partir del concepto jurisprudencial del daño, que es la afectación a un interés subjetivo del demandante, que éste no se encontraba en la obligación de soportar, presupuesto que posibilita asumir la valoración de su causación, y en marco de ello, el título de imputación.

Es relevante la conceptualización del daño que proviene de la jurisprudencia del órgano de cierre de esta jurisdicción, en tanto ha precisado el mismo Consejo de Estado que el ordenamiento no contiene una disposición que consagre su definición, y que refiere “(...) a la lesión de un interés legítimo, patrimonial o extrapatrimonial, que la víctima no está en la obligación de soportar, que no está justificado por la ley o el derecho”.³¹ . Noción que según señala la doctrina, permite tener una visión omnicomprendensiva del daño, supera el concepto tradicional que le circunscribía a la lesión de un derecho subjetivo, y posibilita en el marco del nuevo concepto, el reconocimiento de todas aquellas realidades que en tamiz de equidad reclaman ser indemnizadas.

El daño requiere como condiciones de existencia que sea personal, directo y cierto o actual. Bajo la consideración que por su carácter personal, el daño exige la violación de un interés legítimo de la persona damnificada, independientemente a que provenga de un hecho que afecte en forma inmediata, o mediata en virtud del daño sufrido por otro, con quien el damnificado tiene relación, evento en el que se predica la existencia de un daño reflejo, que es el menoscabo soportado por

³¹ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección A, CP Marta Nubia Velásquez Rico, sentencia del 10 de mayo de 2017, radicación número: 25000-23-26-000-2003-02128-01(29901), actor: Dow Química De Colombia S.A., demandado: Nación – Congreso De La República y otro.

persona distinta del damnificado inmediato, caso del daño patrimonial y moral que se ocasiona a los parientes de la víctima directa. De forma que el carácter personal del daño, hace referencia a la legitimación, esto es, a quien tiene el derecho a reclamar la reparación, por consiguiente, este presupuesto “(...) se encuentra asociado a la acreditación de la titularidad del interés que se debate al interior de la obligación resarcitoria.”³²

El carácter cierto del daño, refiere a su real acaecimiento, es decir, que el agravio debe poseer una determinada condición de certeza para que origine efectos jurídicos, que el daño debe existir y hallarse probado para que origine el derecho a obtener un resarcimiento. Certeza exigible sin distingo porque se trate de daño consolidado o de daño futuro.

Por su carácter directo, el daño supone un nexo de causalidad respecto del perjuicio, de forma que este sea consecuencia de la alteración negativa que comporta el primero, y solo indemnizable en cuanto provenga del mismo.

En el *sub examine*, el daño señalado en la demanda consiste en el fallecimiento del señor Oscar Ovidio Henao Correa, y se encuentra acreditado con el registro civil de defunción visible a folio 39 del cuaderno principal del expediente en físico, que da cuenta de la fecha de la muerte el 14 de febrero de 2013. Igualmente, consta en el plenario que dicho acontecimiento tuvo lugar en el marco de la atención médico asistencial que, para ese momento, se le brindaba al mentado señor en el Hospital Universitario San Jorge de Pereira, donde llegó remitido del Hospital Santa Mónica de Dosquebradas³³ y donde fueron practicadas las diligencias de inspección técnica a cadáver³⁴ y necropsia³⁵, por parte de la Fiscalía General de la Nación y del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, respectivamente.

6.3. IMPUTABILIDAD DEL DAÑO.

³² Enrique Gil Botero, La Responsabilidad Extracontractual del Estado, European Research Center Of Comparative Law, Bogotá-Colombia, 2015, pg. 156

³³ historias clínicas, páginas 74, 75 y 83 del documento 1 del cuaderno principal del expediente digital visible en el aplicativo SAMAI.

³⁴ documento 10, expediente digital samai, páginas 2 a 6.

³⁵ documento 10, expediente digital samai, páginas 7 a 11.

De conformidad con la ya citada cláusula de responsabilidad establecida en el artículo 90 constitucional, el Estado responderá patrimonialmente por los **daños antijurídicos que le sean imputables**, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas³⁶, de tal manera que el daño antijurídico se constituye en el fundamento de la responsabilidad del Estado, en la medida en que el mismo sea atribuible o imputable al ente o agente estatal.

El elemento imputabilidad es definido por la jurisprudencia, de la siguiente manera:

*"La Imputabilidad es la atribución jurídica que se le hace a la entidad pública del daño antijurídico padecido y por el que, por lo tanto, en principio estaría en la obligación de responder, bajo cualquiera de los (títulos de imputación de los regímenes de responsabilidad, esto es, del subjetivo (falla en el servicio) u objetivo (riesgo excepcional y daño especial)."*¹⁰

La imputabilidad se debe analizar desde dos órbitas, la primera desde un ámbito de imputación material (imputación fáctica), entendida como la atribución del resultado dañoso a una acción u omisión del Estado, y la segunda desde un ámbito jurídico (imputación jurídica), en el sentido de que la imputación abarca el título jurídico en el que encuentra fundamento la responsabilidad administrativa endilgada.

En materia de imputabilidad y partiendo del daño indemnizable, la doctrina ha indicado³⁷:

*"...la responsabilidad solo podrá declararse cuando ocurran todos sus elementos estructurales, que serían comunes a la responsabilidad de los particulares y del Estado: el daño, la conducta (activa o pasiva) del demandado, **la relación de causalidad jurídica (adecuada) entre esta y aquel** y, por último, el fundamento o título jurídico (subjetivo u objetivo) que permita atribuir el daño a dicho demandado.*

*En ese sentido, **la responsabilidad puede definirse como la obligación de reparar el daño causado a una persona, que corresponde a otra persona a quien dicho daño resulta imputable por existir fundamento jurídico para ello.**"* (Negrilla fuera de texto).

Procede la Sala, a la luz de los elementos probatorios que han quedado relacionados, al análisis de los presupuestos para establecer si la alegada falta de atención y las

³⁶ Constitución Política de Colombia, artículo 90.

³⁷ M'Causland Sánchez, María Cecilia. Equidad Judicial y Responsabilidad Extracontractual. Bogotá: Universidad Externado de Colombia, 1ª ed., 2019, p.338-339.

fallas del servicio en cuanto a la falta de diagnóstico y práctica de la cirugía que requería el paciente, enunciadas por la parte actora, configuran una causa eficiente, que permita imputar la muerte del señor Oscar Ovidio Henao Correa (daño), a la actividad médica a cargo de La Nación -Ministerio de Salud y Protección Social, la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira, la ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas y la “Cms Colombia Ltda Corporación Médica Salud para los Colombianos”, en calidad de “propietaria del Establecimiento de Comercio Clínica Pinares Médica”, o que redundaran en una pérdida de oportunidad para la recuperación de la salud del usuario de salud. Para tal efecto, examinará la Sala de Decisión las pruebas atañidas con la actuación médico asistencial desplegada por los entes demandados, a la luz de la historia clínica y de las declaraciones testimoniales de los galenos que participaron en el manejo del paciente.

6.3.1. ACTUACIÓN DE LAS ENTIDADES DEMANDADAS.

6.3.1.1. Historia Clínica de la ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas.

Se lee en las páginas 74 y 75 documento 1 del cuaderno principal del expediente digital visible en el aplicativo SAMAI, lo siguiente:

Fecha de atención del paciente Oscar Ovidio Henao Correa: 14 de febrero de 2013

Hora: 8:22 p.m.

Servicio: urgencias.

Anamnesis: «Refiere el paciente que hace dos horas se movilizaba en una motocicleta por los puentes de la Romelia y un carro le cerró el paso, por no estrellarse se orilló y presenta caída. Presenta traumatismos superficiales en el dorso, antebrazos, mano derecho y rodillas. Paciente quien ingresa a la institución consciente, alerta, orientado, caminando por sus propios medios, fue al baño y allí se torna pálido, diaforético y según él, tuvo episodio de sangrado rectal. La esposa que lo ayudó niega que haya tenido otros síntomas o pérdida de la conciencia. En el momento refiere dolor cervical posterior y dolor en el flanco abdominal derecho. No otros síntomas»³⁸

Hallazgos: «*relajación de esfínter anal*»³⁹

³⁸ Samai – índice 1 página 74 y 75

³⁹ Samai – índice 1 página 74 y 75

(...)

«sin signos de trauma craneal o cervical, pupila isocóricas normorectivas de 2 mm, movimientos oculares sin alteración, moviliza de forma espontánea el cuello, pero refiere dolor; traquea centrada, sin ingurgitación yugular, tórax simétrico expansible sin retracciones o tirajes, campos pulmonares bien ventilados sin agregados a la auscultación, ruidos cardiacos rítmicos sin agregados, abdomen blando, depresible, dolor moderado a la palpación profunda del flanco derecho, blomerg neg, peristalsis normal, no tiene signos de trauma en dorso, pelvis normal, no se observa trauma en periné o genitales, no uretrorragia, abundante materia fecal, no sangrado rectal. Tacto rectal: esfínter de tono normal, pequeña hemorroide anterior, próstata de tamaño normal, no estigmas de sangrado reciente, extremidades bien pefundidas fuerza 5/52 distal y proximal en las 4 extremidades, herida de bordes nítidos de 1 cm en falange media del 4 dedo de la mano derecha, no aparente compromiso de los movimientos del dedo. Sin alteración neurológica focal aparente»⁴⁰

Examen físico:

- Estado y aspecto general: «pálido, diaforético, álgico»
- Fc (x m): «120»
- Temperatura: «36.9»
- TA (mm/hg): «100/60»
- FR(min): «18.00»
- Glucometría: «180mg%»

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: «R55X- SÍNCOPE Y COLAPSO»⁴¹

Diagnóstico relacionado: «R55X-S134- esguinces y torceduras de la columna cervical»⁴²

Aclaración al diagnóstico: «paciente a quien no se le descarta episodio convulsivo como causa de su deterioro»⁴³

Manejo: «inicio manejo con inmovilización en cama, collar cervical, lev tibios 1.000 CC con lo cual el paciente totalmente, se deja en observación para vigilancia clínica. 21:00 horas. Paciente quien persiste con dolor abdominal de moderada intensidad en el flanco derecho, TA 84/40 FC 90 FR 18 no aparenta estar en choque, consciente, alerta, orientado. Tórax y cardiopulmonar sin alteración, abdomen blando, depresible, dolor moderado a la palpación del flanco izquierdo, Blumberg

⁴⁰ Samai – índice 1 página 74 y 75

⁴¹ Samai – índice 1 página 74 y 75

⁴² Samai – índice 1 página 74 y 75

⁴³ Samai – índice 1 página 74 y 75

neg. Peristalsis normal. **SE REMITE A III NIVEL CON DX. TRAUMA CERRADO DE ABDOMEN»⁴⁴**

Indicaciones de manejo:

«0. Reposo en camilla, cabecera 30 grados, collar cervical

1. Oxígeno por cánula nasal a 2 litros minuto.

2. Canalizar LEV tibios a 37 grados 1.000 c.c. para 30 min

3. Monitorizar.

4. SS glucometría y EKG

5. Sutura de herida en mano: anestesia local con xilocaína 2% sin adrenalina, lavado de herida con SSNN 500cc asepsia, antisepsia, colocación de campos estériles, sutura con seda 3-0 puntos separados, cubrir con apósito estéril furacinado.

6. Dipirona AMP 1GM, dos amp IV en 250 cc de ssnn, pasar en 45 min

7. Toxoide tetánico amp 40 U, una amp intramuscular ahora

8. Queda en observación.»⁴⁵

(...)

«1. LEV SSNN 0.9% 1.000 CC IV para una hora. Segunda orden. Calentar a 37 grados

1. Remisión III nivel»

Médico: «Moreno Murillo Fabián»

Otros documentos:

- A folios 78 a 80 ibidem obra orden de remisión.
- Formato de recepción de remisiones visible en folio 81 del documento 1, indicativo de traslado realizado el día 14 de febrero de 2013, hora de salida de la ESE 22:00 y hora de llegada a la entidad receptora 22:30, ilegible en las anotaciones en el ítem de "cambios durante el traslado"⁴⁶
- Copia de autorización para transporte de ambulancia⁴⁷

6.3.1.2. Historia Clínica de la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira.

⁴⁴ Samai – índice 1 página 74 y 75

⁴⁵ Samai – índice 1 página 74 y 75

⁴⁶ Samai – índice 1 página 81

⁴⁷ Samai – índice 1 página 82

Consta lo siguiente en la página 83 documento 1 del cuaderno principal del expediente digital visible en el aplicativo SAMAI:

Fecha: 14 de febrero de 2013

Hora: 22:29

Anamnesis: «*Pcte producto de accidente de tránsito 19pm al parecer cae de motocicleta con trauma a nivel dorso, antebrazos y mano derecha al ingresar a Santa Mónica caminando luego hipotenso, con alteración del estado de conciencia, estuporoso con vómito con hematemesis AO epilepsia crónica TTO carbamazepina 300mg cad 12 horas. HTA TTO hidroclorotiazida último episodio hace 10 años*»⁴⁸

Examen físico:

- Estado y aspecto general: «*malas condiciones*»
«*Habla/al gritar* » «*confuso/llanto*»
«*9. Abdomen: anormal, distensión y dolor abdominal mesogastrico distensión abdominal*»
- Fc (x m): «*120*»
- Temperatura: «*36*»
- TA (mm/hg): «*48/30*»
- FR(min): «*12*»

Procedimiento: «*RX tórax portátil y EKG*»

Diagnóstico principal: «*T009 traumatismos superiores superficiales múltiples, no especificados*

***R571 CHOQUE HIPOVOLÉMICO*»⁴⁹**

Médico: «*Gualteros Zapata Wilson Antonio*»

A página 84 del documento 1 se observa el resultado de paraclínicos tomados:

⁴⁸ Samai – índice 1 página 83

⁴⁹ Samai – índice 1 página 83

EXAMENES SOLICITADOS		Cantidad		
19304 - CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA		1		
Observacion				
Fecha Resultado 15/02/2013 1:16:02 a. m.				
RESULTADOS...				
HEMOGRAMA IV	GLOBULOS BLANCOS 8.2	K / uL 4,5 10		
HEMOGRAMA IV	NEUTROFILOS 6,54	N		
HEMOGRAMA IV	LINFOCITOS 1,1	N		
HEMOGRAMA IV	MONOCITOS 0,5	N		
HEMOGRAMA IV	EOSINOFILOS 0,04	N		
HEMOGRAMA IV	BASOFILOS 0,01	N		
HEMOGRAMA IV	NEUTROFILOS % 76	% N		
HEMOGRAMA IV	LINFOCITOS % 16,0	% L 25 45		
HEMOGRAMA IV	MONOCITOS % 2,0	% L 3 10		
HEMOGRAMA IV	EOSINOFILOS % 1	% N		
HEMOGRAMA IV	BASOFILOS % 1,0	% 0 2		
HEMOGRAMA IV	GLOBULOS ROJOS 1,09	M/uL L 4 6		
HEMOGRAMA IV	HEMOGLOBINA 3,40	gr/dL L 13,5 17,5		
HEMOGRAMA IV	HEMATOCRITO 10,40	% L 42 52		
HEMOGRAMA IV	VOLUMEN CORPOSCULAR 95,4	fL 80 96		
HEMOGRAMA IV	HEMOGLOBINA CORPOSCU 31,2	pg 25 34		
HEMOGRAMA IV	MCHC 32,7	g/dL 25 36		
HEMOGRAMA IV	RDW 12,4	% 11,6 15,5		
HEMOGRAMA IV	PLAQUETAS 90 confirmadas	K/uL N		
HEMOGRAMA IV	VOLUMEN MEDIO PLAQUE 7,9	fL 7 11		
HEMOGRAMA IV	BANDAS 4	% N		
19511 - HEMOCLASIFICACION PRUEBA SERICA		1		
Observacion				
Fecha Resultado 15/02/2013 12:49:41 a. m.				
HEMOCLASIFICACION OSCAR OVIDIO HENAO CORREA				
GRUPO: O				
RH: NEGATIVO				
19827 - PROTROMBINA TIEMPO PT		1		
Observacion				
Fecha Resultado 15/02/2013 1:16:02 a. m.				
RESULTADOS...				
TIEMPO DE PROTOMBINA	TIEMPO DE PROTOMBINA 29.5	seg H 10,5 14		
TIEMPO DE PROTOMBINA	CONTROL DEL DIA TP 12.5	seg N		
TIEMPO DE PROTOMBINA	INR 2.43	N		
19958 - TROMBOPLASTINA TIEMPO PARCIAL PTT		1		
Observacion				
Fecha Resultado 15/02/2013 1:16:02 a. m.				
RESULTADOS...				
TIEMPO PARCIAL DE TROMBO	TIEMPO PARCIAL DE T 39.6	seg H 24,3 35		
TIEMPO PARCIAL DE TROMBO	CONTROL DEL DIA PTT 30.0	seg N		
19749 - NITROGENO UREICO		1		
Observacion				
Fecha Resultado 15/02/2013 12:21:04 a. m.				
RESULTADOS...				
NITROGENO UREICO (BUN)	18	mg/dl 9 21		
19290 - CREATININA SUERO ORINA Y OTROS		1		
Observacion				
Fecha Resultado 15/02/2013 12:21:03 a. m.				
RESULTADOS...				
CREATININA EN SUERO, ORIN	0.8	mg/dl 0,8 1,5		
21201 - RADIOGRAFIA TORAX PA O P A Y LATERAL REJA COSTAL		1		
Observacion				
TX TORAX				
Fecha Resultado				
21601 - PORTATILES SIN FLUOROSCOPIA E INTENSIFICADOR DE IM		1		
Observacion				
TX CERRADO TORAX				
Fecha Resultado				
25102 - ELECTROCARDIOGRAMA		1		
Observacion				
Fecha Resultado				
PLAN DE MANEJO	Concentracion	Cant.	Posologia	Observaciones
CATETER 20G X1 1/4 CON SEGURIDAD		3	LEV	
EQUIPO DRENAJE URINARIO x 2000 ml		1	SONDA VEICAL LIBRE DRENAJE	
PROFESIONAL RESPONSABLE				
MEDICINA GENERAL				
GUALTEROS ZAPATA WILSON ANTONIO				
Tarjeta Profesional 1059				

El plan de manejo dispuesto por el profesional de la salud fue el siguiente:

SONDA FOLEY 16 FR 30 ML 2 VIAS		1	SONDA VEICAL LIBRE DRENAJE
LIDOCAINA AL 2% JALEA X 30 ML	2%	1	SONDA VEICAL LIBRE DRENAJE
MASCARA C/BOLSA NO REINHALACION ADULTO		1	A 12 LTS MIN
HUMIDIFICADOR DE OXIGENO CON VALVULA		1	OXIVENO MASCARA A10 LTS MIN
RANITIDINA 50 MG/2 ML SOL INY	50 MG/2 ML	3	50 MG CADA 8 HORAS
CATETER 18G X1 1/4 CON SEGURIDAD		2	LEV
EQUIPO VENOCLISIS MACROGOTEO S/AGUJA		2	LEV 1000 CCSSN A CHORRO CONTINUAR 2500CC SSN PARA 24 HORAS IV
SODIO CLORURO AL 0.9 SOL INY X 500 ML BOLSA		9	LEV 2000 CCSSN A CHORRO CONTINUAR 2500CC SSN PARA 24 HORAS IV
		1	1- OBSERVACION HOMBRES 2-POSICION SEMIFOWLER 3-LEV 1000 CCSSN A CHORRO CONTINUAR 2500CC SSN PARA 24 HORAS IV 4-RANITIDINA 50 MG CADA 8 HORAS VO 5-SONDA VEICAL LIBRE DRENAJE 6-SS CH TP TPT BUN CREATININA , GLICEMIA HEMOCLASIFICACION, P DE ORINA 7-PDTE REVALORAR CON PARACLINICOS AVIZAR 8-NVO 9-VR CX GENERAL 10- EQUIPO MACROGOTEO DOS 16 SVR 17. SS RX TORAX AP PORTATIL 18SE RESERVA 6 U DE CONCENTRADO GLOBULAR ORDENA TRASFUNDIR 2 U

DIAGNOSTICOS

T009 TRAUMATISMOS SUPERFICIALES MULTIPLES, NO ESPECIFICADOS
R571 CHOQUE HIPOVOLEMICO

PRINCIPAL



Fecha: 14 de febrero de 2013

Hora: 23:37

Anamnesis: «SUBJETIVO: CIRUGÍA GENERAL MC:"TRAUMA CERRADO DE ABDOMEN" EA: PACIENTE QUIEN ES TRAI DO POR MÉDICO DE HOSPITAL SANTA MÓNICA, REFIRIENDO TRAUMA CERRADO DE ABDOMEN, MANIFESTANDO QUE HACE 2 HORAS SUFRIO CAIDA DE MOTOCICLETA, LLEGANDO CAMINANDO A HOSPITAL LOCAL DONDE REFIERE DOLOR LUMBAR Y PRESENTA EPISODIO DE RECTORRAGIA SEGÚN RELATA MÉDICO, POR LO CUAL REMITEN A ESTE INSTITUCIÓN, A LA QUE LLEGA A URGENCIAS. Presenta episodio de vómito en "cuncho de café", no responde al interrogatorio, ni hay interacción con el medio. ap: patológicos: epilepsia, hta, farmacológicos: carbamazepina, captopril, quirúrgicos: niega, alergias: no conocidas

OBJETIVO: EF: PACIENTE EN MALAS CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, SIALORREICO, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA, SIN INTERACCIÓN CON EL MEDIO FC: 125 FR: 20 TA: 49/38 C/C: Mucosa oral húmeda, escleras pálidas c/p: ruidos cardíacos taquicárdicos, campos pulmonares con murmullo vesicular disminuido sin agregados tórax: no se palpan deformidades ni crepitaciones abd: blando, depresible, no masas, peristaltismo presente. no estigmas de trauma ext: no edemas, pulsos presentes neuro: sin interacción con el medio, ni respuesta al interrogatorio rx de tórax: de mala calidad, sin evidencia de hemotórax ni cámara de neumotórax

ANÁLISIS: PACIENTE ESTUPUROSO, CON HISTORIA NO CLARA DE TRAUMA CERRADO DE ABDOMEN, SIN ESTIGMAS DE TRAUMA EN TÓRAX NI ABDOMEN, HIPOTENSO, TAQUICÁRDICO, SIN INTERACCIÓN CON EL MEDIO, CON ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO VALORABLE POR ESTADO DE

CONSCIENCIA, CON HISTORIA DE RECTORRAGIA Y HEMATEMESIS, LO CUAL NO CONCUERDA CON EL ANTECEDENTE DE TRAUMA REFERIDO, POR LO QUE SE CONSIDERA REQUIERE URGENTE TAC ABDOMINAL IDEALMENTE CONTRASTADO O EN SU DEFECTO SIMPLE PARA ACLARAR ORIGEN DEL CHOQUE. PACIENTE INESTABLE HEMODINÁMICAMENTE QUE REQUIRIÓ INTUBACIÓN OROTRAQUEAL»⁵⁰

PLAN: «-LEV-SS TAC ABDOMINAL CONTRASTADO EN SU DEFECTO SIMPLE – PENDIENTE PARACLÍNICOS SOLICITADOS POR URGENCIAS.

- Traslado a UCI»

DIAGNÓSTICO: «R571 CHOQUE HIPOVOLÉMICO
R579 CHOQUE, NO ESPECIFICADO»

Médico: «Luis Fernando Guarnizo Lopera»

Ubicación del archivo: página 88 documento 1 del cuaderno principal del expediente digital visible en el aplicativo SAMAI

Fecha: 14 de febrero de 2013

Hora: 23:35

Anamnesis: «PCTE EN EVIDENTE **PARO RESPIRATORIO** SE REALIZA ENTUBACIÓN OROTRAQUEAL 7.5 SIN COMPLICACIONES VÍA AÉREA SIN TRAUMA EXAGUE SE RELIZA COLOCACIÓN ADRENALINA 1 MG IV BOLO SE ORDENA TRASFUNDIR 3 U DE CONCENTRADO GLOBULAR»⁵¹

Manejo:

PLAN

PLAN DE MANEJO	Concentracion	Cantidad	Observaciones
SONDA LEVIN 12 FR		1	SNG
TUBO ENDOTRAQUEAL 7.5 MM CON BALON		1	ENTUBACION
TUBO ENDOTRAQUEAL 8.0 MM C/BALON		1	ENTUBACION
JERINGA DESEC 10 ML 21G X 1 1/2 3 PARTES		9	LEV
ADRENALINA -EPINEFRINA 1 MG/ML SOL INY X 1 ML	1 MG/ML SOL INY X 1 ML	3	1 AMPOLLA IV BOLO CADA 5 MIN NUMERO 3

DIAGNOSTICOS
R571 CHOQUE HIPOVOLEMICO Dx Principal

Médico: «Wilson Antonio Gualteros Zapata»

Ubicación del archivo: página 89 documento 1 del cuaderno principal del expediente digital visible en el aplicativo SAMAI

Fecha: 14 de febrero de 2013

⁵⁰ Samai – índice 1 página 87

⁵¹ Samai – índice 1 página 88

Hora: 23:38

Registra solicitud de transfusión banco de sangre

Procedencia:	DOSQUEBRADAS	Ocupación:	HOGAR
DATOS DE AFILIACIÓN			
Entidad:	CONSORCIO SAYP 2011	Nivel - Estrato:	SOAT (ASEGURADORAS)
Plan Beneficios:	CONSORCIO SAYP 2011		
DATOS DEL INGRESO		FOLIO N° 4	Fecha: 14/02/2013 23:38
Responsable:	PAOLA ANDREA HENAO HIJA	Teléfono:	
Dirección :		N° Ingreso:	1126329 Fecha: Fecha:14/02/2013 22:29
Area de servicio:		Cama:	
Finalidad Consulta:	No_Aplica	Causa Externa:	Enfermedad_General

TRANSFUSIONES ANTERIORES	No	FECHA
REACCIONES TRANSFUSIONALES	No	CUALES

SANGRE O COMPONENTES SOLICITADOS

SOLICITUD DE TRANSFUSION	PAT	Para Transfundir	SOLICITUD DE RESERVA
FECHA DE TRANSFUSION	14/02/2013 11:30:00 p. m.	FECHA DE RESERVA	

SANGRE COMPLETA	0,0000	C.C.	SANGRE COMPLETA	0,0000	C.C.
CONCENTRADO GLOBULAR	3,0000	C.C.	CONCENTRADO GLOBULAR	6,0000	C.C.
CONCENTRADO GLOBULAR LR	0,0000	C.C.	CONCENTRADO GLOBULAR LR	0,0000	C.C.
PLASMA FRESCO CONGELADO	0,0000	C.C.	PLASMA FRESCO CONGELADO	0,0000	C.C.
CONCENTRADO DE PLAQUETAS	0,0000	UDS.	CONCENTRADO DE PLAQUETAS	0,0000	UDS.
PLAQUETAS POR AFERESIS	0,0000	UDS.	PLAQUETAS POR AFERESIS	0,0000	UDS.
CRIOPRECIPITADOS	0,0000	UDS.	CRIOPRECIPITADOS	0,0000	UDS.

DATOS CLINICOS

DX Y MOTIVO DE LA TRANSFUSION	CHOQUE HEMORRAGICO
LUGAR DE LA TRANSFUSION	URGENCIA UCI

HB: 12,0000 HEMATOCRITO: 0,0000 PLAQUETAS: 0,0000 GRUPO: NO SABE FACTOR RH: NO HAY MUESTRA

OBSERVACIONES: SE ORDENA TRASFUNDIR 3U DE CONCENTRADO GLOBULAR

Ubicación del archivo: página 90 documento 1 del cuaderno principal del expediente digital visible en el aplicativo SAMAI

Fecha: 15 de febrero de 2013

Hora: 00:07

Anamnesis: «SUBJETIVO: paciente comentado por cirujano general con historia anotada (ver nota drs Guarnizo y Gualteros), que en urgencias presentó insuficiencia respiratoria, fue intubado y se le inició asistencia ventilatoria con ambu, SE ACEPTÓ SU TRASLADO A LA UCI PERO AL LLEGAR, SE EVIDENCIA QUE NO TENÍA SIGNOS VITALES, pupilas intermedias (catarata bilateral) no reactivas, corneano ausente, sin tensión arterial, en monitor en asistolia, sin respiraciones espontáneas»⁵²

⁵² Samai – índice 1 página 90

ANÁLISIS: «SE DECLARA **FALLECIDO**, SE LE INFORMA A LA FAMILIA Y SE DECIDE ENVIAR A LA MORGUE E INFORMAR A MEDICINA LEGAL PARA SU RESPECTIVO LEVANTAMIENTO DE CADÁVER Y DEMÁS TRÁMITES LEGALES»⁵³

DIAGNÓSTICO: «R579 CHOQUE, NO ESPECIFICADO»

Médico: «Yesid Augusto García Palacio»

Insumos para intubación

TIPO DE AISLAMIENTO

Valoración Especializada

PLAN DE MANEJO		Concentracion	Cantidad	Observaciones
ESTILETE PARA INTUBACION ADULTO 14 FR			1	ENTUBACION
BOLSA RESERVORIO PED/ADUL			1	ENTUBACION
TUBO DE SUCCION ESTERIL 7MM X 3.5 MTS CON DOBLE CONECTOR DESECH			1	ENTUBACION
TUBO DE SUCCION ESTERIL 7MM X 3.5 MTS CON DOBLE CONECTOR DESECH			1	ENTUBACION
SONDA NELATON 16 FR			1	DRENAJE
TUBO ENDOTRAQUEAL 5.5 MM CON BALON			1	ENTUBACION
DIAGNOSTICOS				Dx Principal
R571	CHOQUE HIPOVOLEMICO			<input checked="" type="checkbox"/>

Médico: «Wilson Antonio Gualteros Zapata»

Adicionalmente, en el archivo electrónico denominado «SOLICITUDES DE OSCAR OVIDIO HENAO CORREA» visible en enlace obrante en el archivo 4 del expediente electrónico de SAMAI se visualiza el plan de manejo intra-hospitalario, cuatro fórmulas médicas, y cinco órdenes de exámenes médicos.

Dentro de los exámenes médicos ordenados se evidencia que a las 11:09 p.m. del 14 de febrero de 2013 se dispuso por el galeno de turno los siguientes:

LISTADO DE EXÁMENES		AREA SERVICIO:	#0	LABORATORIO CLINICO
CODIGO	DESCRIPCION			CANTIDAD ESTADO
19304	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA			1 Rutinario
19827	PROTROMBINA TIEMPO PT			1 Rutinario
19958	TROMBOPLASTINA TIEMPO PARCIAL PTT			1 Rutinario
19749	NITROGENO UREICO			1 Rutinario
19290	CREATININA SUERO ORINA Y OTROS			1 Rutinario
DIAGNÓSTICO				
T009	TRAUMATISMOS SUPERFICIALES MULTIPLES, NO ESPECIFICADOS			
				Total Items: 5

⁵³ Samai – índice 1 página 90

LISTADO DE EXÁMENES		ÁREA SERVICIO:	46	BANCO DE SANGRE
CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	ESTADO	
19511	HEMOCLASIFICACION PRUEBA SERICA	1	Rutinario	

DIAGNÓSTICO

T009 TRAUMATISMOS SUPERFICIALES MULTIPLES, NO ESPECIFICADOS

Total Items: 1

LISTADO DE EXÁMENES		ÁREA SERVICIO:	47	RADIOLOGIA ECOGRAFIA
CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	ESTADO	
21201	RADIOGRAFIA TORAX PA O PA Y LATERAL REJA COSTAL TX TORAX	1	Rutinario	
21601	PORTATILES SIN FLUOROSCOPIA E INTENSIFICADOR DE IM TX CERRADO TORAX	1	Rutinario	

DIAGNÓSTICO

T009 TRAUMATISMOS SUPERFICIALES MULTIPLES, NO ESPECIFICADOS

Total Items: 2

LISTADO DE EXÁMENES		ÁREA SERVICIO:	54	CARDIOLOGIA
CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	ESTADO	
25102	ELECTROCARDIOGRAMA	1	Rutinario	

DIAGNÓSTICO

T009 TRAUMATISMOS SUPERFICIALES MULTIPLES, NO ESPECIFICADOS

Total Items: 1

Y, a las 11:27 p.m. de esa fecha se solicita «21715 TOMOGRAFÍA DE ABDOMEN TOTAL SS TAC ABDOMINAL CONTRASTADO DX1. CHOQUE HIPOVOLÉMICO»⁵⁴

Ubicación del archivo: página 92 documento 1 del cuaderno principal del expediente digital visible en el aplicativo SAMAI

Fecha: 14 de febrero de 2013

Hora: 11:15

Registro de enfermería

ANAMNESIS: «SUBJETIVO-OBJETIVO: paciente remitido de unidad local en compañía de médico y familiar paciente con un glasgow de 6/15 en el momento de llegada paciente pálido hipotérmico hipotenso es valorado por medico de turno quien ordena toma de laboratorios entre los cuales se encuentra hemoclasificación, se ponen 2000cc de ssn por orden médica se pasa sonda vesical la cual se conecta acistoflo presentando ambar claro, se intenta canalizar otra vena periférica lo cual es imposible por la condición del paciente, paciente q continúa hipoente y desaturado se administra 1 ampolla de adrenalina por orden médica y se procede a entubar con tubo número 7.5 fijado en 22cm en comisura labial paciente q se le pasa sonda orogástrica a libre drenaje negativa hasta el momento se toma placa de tórax portátil de carácter urgente, es valorado por cx de turno dr Guarniso quien ordena traslado a uci para estabilización del paciente, ordena además toma de tac de abdomen contrastado de no ser posible contrastado q se tome simple, paciente

⁵⁴ Samai – índice 4 documento “SOLICITUDES DE OSCAR OVIDIO HENAO CORREA” página 10

q es presentado a la uci adultos cama número 5, es llevado a toma de tac de abdomen en compañía de cirujano de turno, es llevado a la UCI adultos en compañía de cirujano y médico interno de cirugía.»⁵⁵

Registra como signos vitales:

SIGNOS VITALES	
Signo	Valor
SISTOLE	48
DIASTOLE	29
SATO2	76
FC	85
FR	24
TEMP	35
BALANCE:	0,00

Importancia: importante

En las mismas notas de enfermería registra a la 11:45 p.m. del 14 de febrero de 2013 lo siguiente:

«SUBJETIVO-OBJETIVO: LLAMAN DE LA UCI ADULTOS A INFORMAR Q EL PACIENTE **FALLECE** ANTES DE LLEGAR AL SERVICIO, LO REGRESAN AL SERVICIO DE TRAUMA PARA REALIZAR CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN.»⁵⁶

En la misma página se registra el control de medicamentos suministrados:

CONTROL DE MEDICAMENTOS				
Medicamento		Presentación	Concentración	
15180105018 - ADRENALINA - EPINEFRINA 1 MG/ML SOL INY X 1 ML		AMPOLLAS	1 MG/ML SOL INY X 1 ML	
Hora	Responsable	Cantidad	Respuesta	Observaciones
23:00	JHON HAMILTON RAMIREZ GARCIA	1,00	Se_Realizo	
15180108007 - SODIO CLORURO AL 0.9 SOL INY X 500 ML BOLSA		BOLSAS		
Hora	Responsable	Cantidad	Respuesta	Observaciones
23:00	JHON HAMILTON RAMIREZ GARCIA	4,00	Se_Realizo	
15180110067 - LIDOCAINA AL 2% JALEA X 30 ML		TUBO	2%	
Hora	Responsable	Cantidad	Respuesta	Observaciones
23:00	JHON HAMILTON RAMIREZ GARCIA	1,00	Se_Realizo	

Nombre reporte : HCRPRregistroEnfermeria

Pagina 1/2

Usuario: 1015276187

LICENCIADO A: [HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA] NIT [800231235-7]

⁵⁵ Samai – índice 1 página 92

⁵⁶ Samai – índice 1 página 93

15180201065 - EQUIPO DRENAJE URINARIO x 2000 ml					UNIDAD
Hora	Responsable	Cantidad	Respuesta	Observaciones	
23:00	JHON HAMILTON RAMIREZ GARCIA	1,00	Se_Realizo		
15180201077 - JERINGA DESEC 10 ML 21G X 1 1/2 3 PARTES					UNIDAD
Hora	Responsable	Cantidad	Respuesta	Observaciones	
23:00	JHON HAMILTON RAMIREZ GARCIA	5,00	Se_Realizo		
15180201104 - SONDA FOLEY 16 FR 30 ML 2 VIAS					UNIDAD
Hora	Responsable	Cantidad	Respuesta	Observaciones	
23:00	JHON HAMILTON RAMIREZ GARCIA	1,00	Se_Realizo		
15180201118 - SONDA LEVIN 12 FR					UNIDAD
Hora	Responsable	Cantidad	Respuesta	Observaciones	
23:00	JHON HAMILTON RAMIREZ GARCIA	1,00	Se_Realizo		
15180201152 - TUBO ENDOTRAQUEAL 8.0 MM CON BALON					UNIDAD
Hora	Responsable	Cantidad	Respuesta	Observaciones	
23:00	JHON HAMILTON RAMIREZ GARCIA	1,00	Se_Realizo		
15180201186 - TUBO ENDOTRAQUEAL 7.5 MM CON BALON					UNIDAD
Hora	Responsable	Cantidad	Respuesta	Observaciones	
23:00	JHON HAMILTON RAMIREZ GARCIA	1,00	Se_Realizo		
15180201504 - CATETER 18G X1 1/4 CON SEGURIDAD					UNIDAD
Hora	Responsable	Cantidad	Respuesta	Observaciones	
23:00	JHON HAMILTON RAMIREZ GARCIA	2,00	Se_Realizo		
15180201505 - CATETER 20G X1 1/4 CON SEGURIDAD					UNIDAD
Hora	Responsable	Cantidad	Respuesta	Observaciones	
23:00	JHON HAMILTON RAMIREZ GARCIA	3,00	Se_Realizo		
15180204034 - MASCARA C/BOLSA NO REINHALACION ADULTO					UNIDAD
Hora	Responsable	Cantidad	Respuesta	Observaciones	
23:00	JHON HAMILTON RAMIREZ GARCIA	1,00	Se_Realizo		
15180204060 - EQUIPO VENOCCLISIS MACROGOTEO S/AGUJA					EQUIPO
Hora	Responsable	Cantidad	Respuesta	Observaciones	
23:00	JHON HAMILTON RAMIREZ GARCIA	2,00	Se_Realizo		
15180204079 - HUMIDIFICADOR DE OXIGENO CON VALVULA					UNIDAD
Hora	Responsable	Cantidad	Respuesta	Observaciones	
23:00	JHON HAMILTON RAMIREZ GARCIA	1,00	Se_Realizo		

6.3.2. Testimonios médicos.

- **Declaración del doctor Fabián Moreno Murillo, médico general del servicio de urgencias del Hospital Santa Mónica de Dosquebradas en el año 2013:**

Dijo no recordar al paciente, aunque sí examinó la historia clínica y en ella aparece que el declarante atendió al señor Oscar Ovidio Henao en el servicio de urgencias en el Hospital Santa Mónica, o sea, en su atención inicial el día 14 de febrero de 2013 a las 20:22pm. Refirió que se trataba de un paciente de 65 años, que ingresó diez minutos antes con un triage de enfermería a las 20:12 horas, donde había consultado por trauma en abdomen por caída en moto. Al ingreso del triage es un paciente con signos vitales, presión arterial de 110/60, frecuencia respiratoria de 21, frecuencia cardíaca de 77, temperatura de 33.3 grados, saturación de 95%, escala de glasgow de 15 sobre 15, estaba consciente y orientado, según dice el triage a las 20:12. Refiere que diez minutos después el declarante atiende al paciente en consultorio de urgencias, presenta traumatismos superficiales en el dorso, antebrazo, mano derecha y rodillas; a su ingreso a la institución estaba consciente, alerta orientado, caminando por sus propios medios, sin pérdida de consciencia al momento de la valoración, tiene antecedentes de hipertensión arterial y epilepsia.

Agrega que el paciente fue al baño, allí se torna pálido, diaforético, y según el paciente tuvo un episodio de sangrado rectal, refiere dolor cervical posterior y dolor en el flanco abdominal derecho; seguía alerta, con respuesta verbal, con fuerza en las cuatro extremidades, con un lenguaje normal orientado en tiempo y espacio.

Examinó el abdomen, era un abdomen blando, depresible, tenía dolor moderado a la palpación profunda del flanco derecho. El blumberg era negativo, explica que el blumberg es un signo de irritación peritoneal, el cual era negativo y la peristalsis era normal, no tiene signo de trauma en dorso, examinó la pelvis la cual era normal. Había una herida de 1 centímetro de bordes líquidos en la falange media del cuarto dedo de la mano derecha. Acto seguido procedió a tomar exámenes paraclínicos y un electrocardiograma, el cual era sinusal; la frecuencia cardíaca era 90 y no tenía signos sistémicos agudos. Formuló impresión diagnóstica de síncope y colapso. Inició un manejo preventivo de ese paciente, con inmovilización en cama, le colocó un collar cervical porque el paciente se quejaba de dolor en el cuello, indicó solución salina normal con lo cual el paciente recupera totalmente sus síntomas, la palidez, la diaforesis y el paciente inmediatamente se deja en observación para vigilancia clínica estrecha.

Explica que, según su nota, 30 minutos después el paciente sigue quejando de dolor abdominal en el flanco derecho, el testigo ya había examinado ese abdomen media hora antes y era blando, depresible con dolor moderado a la palpación profunda, sin signo de irritación peritoneal y tenía la peristalsis normal, la presión del paciente ahora es 80/40, la frecuencia cardíaca bajó a 90, la frecuencia respiratoria está en 18. El paciente está consciente alerta, orientado, clínicamente no aparenta estar en estado de choque, sin embargo, tenía hipotensión. Vuelve a examinar el abdomen, el cual es blando, depresible, con dolor moderado a la palpación del flanco izquierdo, blumberg negativo, peristalsis normal. Hace un diagnóstico o impresión diagnóstica de trauma cerrado de abdomen y ordena remisión a un hospital donde se le pueda prestar la atención correspondiente porque ese paciente, según su nota de remisión, necesitaba una valoración urgente por cirugía general.

Indica el galeno que las órdenes médicas que él emitió a las 20:22 pm, consistieron en: reposo en camilla, cabecera 30 grados, collar cervical, oxígeno, canalización de vena, monitorización de presión arterial, pulso, oximetría, glucometría,

electrocardiograma, suturación de la herida de la mano bajo anestesia local, suministro de medicamentos, permanecer en observación. Y que las órdenes médicas de la 21:00 hora, ante la aparición de la hipotensión leve, fueron el suministro de líquidos tibios y remitir al paciente al tercer nivel.

Señaló que, conforme las guías del trauma abdominal del Ministerio de la Protección Social, como el paciente tenía un abdomen blando y sin irritación peritoneal, la indicación inicial era la observación clínica. Que es imposible determinar a través del examen físico externo el estado de las vísceras internas, que el examen físico abdominal se basa en la palpación externa y en la auscultación, que es por eso que los pacientes se deben dejar en observación, y después de eso tomar paraclínicos según la evolución clínica.

Preguntado por el examen diagnóstico indicado para establecer la lesión de alguna de las vísceras del paciente que aqueja a un dolor abdominal en flanco derecho del abdomen, respondió que es una pregunta técnica que sólo podría responder un especialista en cirugía general, y el testigo es médico general anesthesiólogo, y que, por tal motivo, este paciente se remitió para una valoración urgente por el cirujano.

En cuanto al tiempo en que permaneció el paciente en el Hospital Santa Mónica de Dosquebradas, dijo que ingresó a las 20:12 horas al triage, que fue atendido por el testigo a las 20:22 horas, se tomó la decisión de remitir urgente para valoración por cirujano general a las 21:00 horas, y se hizo efectiva la remisión o el paciente sale a las 22:00 horas del Hospital Santa Mónica.

Que en el momento en que formuló el diagnóstico de trauma cerrado de abdomen, el pronóstico de recuperación es clínicamente imposible de establecer con base en una evaluación inicial, que se debe esperar a la evolución del paciente en las próximas 24, 48 horas para tener una certeza del diagnóstico del paciente, si requiere cirugía, si requiere ir a una unidad de cuidados intensivos. Solo después de esto se puede establecer un diagnóstico. Con la atención inicial que le prestó al paciente es imposible, máxime que en el examen físico se describe un abdomen blando depresible, sin signo de irritación peritoneal, con peristalsis normal, clínicamente sin signos de irritación peritoneal, ni de lesión de víscera hueca. Que, según las guías de Ministerio de Protección Social, los signos que indican una lesión

de víscera hueca son: dolor abdominal intenso, signos de retención peritoneal como signo de blumerg positivo, ausencia de peristaltismo y abdomen en tabla; y ninguno de estos signos estableció en el caso del paciente Oscar Ovidio Henao Correa.

Interrogado si cuando emitió la orden de remisión al Hospital Universitario San Jorge, acompañó al paciente, contestó afirmativamente; y si lo acompañó también a la clínica Pinares médica, por qué la ambulancia llegó hasta allá, explicó que acompañó al paciente en todo su recorrido hasta que lo entregó en el hospital universitario San Jorge, que en la clínica Pinares Médica no fue aceptado, inmediatamente lo llevó al hospital universitario San Jorge, que en el trayecto presentó disminución de la presión arterial, motivo por el cual lo remitió al hospital del tercer nivel. En la historia clínica está que la ambulancia salió a las 22 horas y llegó a las 22:30.

- Declaración testimonial del doctor Luis Fernando Guarnizo Capera, cirujano general, gastroenterólogo y endoscopista digestivo, al servicio del Hospital Universitario San Jorge de Pereira en el año 2013:

Indica no recordar el paciente, y que estudió la historia clínica antes de esta audiencia, con base en lo cual refiere que en el 2013 llegó el paciente a la unidad de urgencias del Hospital San Jorge, en horas de la noche, en malas condiciones generales, era un paciente hipotenso, taquicárdico, pálido, estaba frío, venía con una historia clínica de un accidente de tránsito, al parecer una caída en moto con trauma en el dorso, a nivel de las rodillas y en miembro superior derecho. El paciente llega al hospital de Dosquebradas donde es valorado inicialmente, lo atienden y lo dejan en observación, al parecer sin ninguna alteración inicial al ingreso, luego unos hallazgos muy específicos de un sangrado digestivo que no concordaba mucho con la historia de un trauma por la caída que había referido en el paciente, sin embargo, se deteriora y llega al hospital San Jorge para ser atendido, llegó en malas condiciones generales como consta en la historia clínica, lo atienden los médicos de urgencia y el personal de enfermería de ese momento, lo ven pálido, diaforético, taquicárdico, hipotenso. Tratan de reanimarlo, le ponen una vía venosa, tratan de reanimarlo un poco más con líquidos, se le toman algunos exámenes iniciales para valorar mejor su estado general ante los antecedentes que refería el médico que lo acompañaba, colocan sonda vesical para el drenaje urinario, una sonda

nasogástrica para mirar el drenaje de la cavidad gástrica, la cámara gástrica, reserva de sangre porque el paciente estaba bloqueado pero no se veía un estigma de trauma evidente, ni en tórax, ni en abdomen, no tenía unas heridas graves a nivel externo que permitieran establecer mecanismo de sangrado que podía tener al paciente en shock, porque en ese momento él era un paciente que estaba shockeado, estaba estuporoso que es un estado de conciencia que no permitía hacer un examen más objetivo a nivel del abdomen, porque el paciente ya no interactuaba con el medio, ni respondía verbalmente, ni a estímulos dolorosos.

Narra que, durante la valoración, quienes lo atendieron vieron que el paciente se deteriora en el área de urgencias, presenta una falla ventilatoria, necesita reanimación, empiezan el proceso de reanimación con una entubación orotraqueal, ponen vasoactivos para tratar de reanimarlo más. En ese momento lo valora el declarante, nunca pudo hablar con el paciente porque su estado general ya era muy crítico. *“Establecimos que había un shock pero que no sabíamos cuál era la causa de ese shock, de dónde estaba sangrando este paciente, no tenía un antecedente que nos explicara cuál era la causa que pudiera explicar su deterioro tan rápido porque en teoría esto transcurrió en unas horas durante la noche, se pensó que el paciente podía estar presentando un trauma cerrado de abdomen pero en el examen físico que se hizo al paciente ninguno evidenció unos estigmas de trauma que pudieran explicar que tuviera un compromiso a nivel abdominal que lo tuviera en tan malas condiciones”*.

Que la referencia de la historia clínica era que el paciente se había golpeado la parte posterior, en el dorso, entonces como que el mecanismo de trauma tampoco explicaba que podía tener una patología a nivel abdominal. Se consideró que lo más indicado era llevarlo a un escáner de abdomen mirar cómo estaba, determinar si había sangre o algún tipo de líquido a nivel abdominal y pasarlo a cirugía o a cuidados intensivos, dependiendo del resultado de la escanografía. En ese momento el paciente es reanimado, presenta un paro respiratorio, sale rápidamente, pero en el transcurso del traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos, el paciente vuelve y entra en paro cardíaco y respiratorio, aunque para este último estaba asistido por un tubo orotraqueal y había alguien que le estaba suministrando oxígeno; entran a UCI para tratar de reanimarlo nuevamente, se ponen los

monitores, se evalúa el estado del paciente, se ve que ya estaba sin signos vitales, sin ningún tipo de respuesta y se declara fallecido.

En cuanto al diagnóstico de remisión, señala que fue el de trauma de abdomen y llegó con un shock hipovolémico, en cuanto ya presentaba tipo tensión, taquicardia, diaforesis, palidez, frialdad, se pensaba sí tenía un sangrado, pero no habían determinado la causa del sangrado; que dicho diagnóstico estaba soportado únicamente en la información que relató el paciente al ingreso al Hospital Santa Mónica, que al Hospital San Jorge no llegó con ningún estudio; que se le hizo el examen físico por los médicos de urgencias y por el testigo especialista, pero no se pudo determinar ningún estigma de trauma en la parte del tórax o del abdomen, como puede ser rasguño, laceraciones, hematoma, alguna equimosis, pero el examen físico no permitía determinar que hubiera alguno de esos estigmas que orientara hacia un diagnóstico de trauma cerrado de abdomen, sin embargo era lo que refería la historia clínica con la que llegó el paciente a servicio de urgencia del Hospital San Jorge.

Sobre los exámenes diagnósticos que deben ser practicados para efectos de detectar un trauma cerrado de abdomen y para formular el plan de tratamiento y procurar la recuperación de la salud del paciente, dijo que con un paciente con trauma cerrado de abdomen podría inicialmente hacerse una ecografía de abdomen, se llama un fast, el cual básicamente determina la presencia de líquido en la cavidad abdominal y, dependiendo el estado clínico del paciente, se define si se deja en observación, si se realiza un examen más avanzado que sería una tomografía de abdomen, o si pasa al paciente a cirugía. La tomografía de abdomen es un procedimiento que es un escáner de todo el abdomen y permite mirar con mucho más claridad todas las estructuras abdominales y determinar si hay algunas lesiones de unas partes más específicas que se puede presentar el trauma; que otro estudio puede ser una laparoscopia diagnóstica, que ya es un procedimiento quirúrgico invasivo que lleva al paciente a sala de cirugía, con una cámara especial se entra por un puerto a nivel umbilical y ahí se puede valorar directamente la cavidad abdominal del paciente y mirar si hay alguna alteración que requiera manejo quirúrgico; adicionalmente, se puede apoyar con la radiografía de tórax que permite determinar si hay un traumatismo a nivel toracoabdominal y también torácico como un neumotórax, un hemotórax que son escapes de aire y de sangre a nivel de la

cavidad pleural, donde están los pulmones. Ya los otros exámenes son de sangre que permiten determinar el cuadro asmático, la función renal, los tiempos de coagulación, para poder establecer algún tipo de diagnóstico y mirar cómo es el estado de un paciente que no tiene unas heridas evidentes y un trauma penetrante que pueda explicar su estado o su condición clínica. Que en este caso se ordenó un escáner de abdomen, pero el paciente falleció.

Respecto de la posibilidad llevar a este paciente de inmediato a cirugía, teniendo en cuenta las condiciones descritas por el declarante, en que ingresó el paciente al Hospital San Jorge de Pereira, indicó que el paciente, en el momento en que se encontraba en urgencias presenta un paro respiratorio, empieza un deterioro muy importante, “o sea, ya venía muy mal y se nos deterioró rápidamente en urgencias. Ahí nos tocó reanimar el paciente, que fue lo que hicieron los médicos que están en ese momento en el servicio, ponerle líquidos, reservar sangre para poderlo transfundir más adelante, intubarlo porque ya la parte ventilatoria no respondió (...) el corazón ya empezó a fallar también, entonces el estado clínico del paciente no nos permitió actuar mucho porque básicamente llegó en tan malas condiciones que presentó un deterioro clínico rápido en urgencias, hizo un paro ventilatorio para reanimarlo, después de que reanimó se procedió a trasladarlo a cuidados intensivos para hacer una reanimación más enérgica con todos los mecanismos que tenemos disponibles en cuidado intensivo para soportar un paciente, pero el paciente ni siquiera soportó el traslado”.

En cuanto al tiempo estimado por la ciencia médica para formular el diagnóstico y trazar un plan de manejo con miras a la recuperación de la salud del paciente, o ventana de efectividad del tratamiento, en caso de trauma cerrado de abdomen, contestó que es muy variable y que depende del estado que tenga el paciente, como en este caso en que llega como mencionaban ahí en la historia, caminando, consciente, que relata su historia, en ese caso se estima que “uno tiene tiempo para poder hacer todos esos estudios, valorar y mirar a ver cuál es la causa que lo puede estar aquejando en este momento”. En el momento que llegó al Hospital San Jorge, ya en la noche, once de la noche, “no contábamos con tantos recursos por imágenes pero sí teníamos la disponibilidad de una tomografía, que fue lo que inicialmente yo pensé, yo a este paciente no entiendo su mecanismo de trauma no le veo lesiones a nivel de abdomen... el paciente dice que se golpeó y se cayó de espalda, no veo

el mecanismo por el cual está comprometiendo el abdomen, sin embargo el estado era tan crítico que no nos dio tiempo de realizar mayores cosas, sino básicamente reanimarlo, ponerle líquidos, examinar algunos estudios en sangre, solicitar reserva de sangre para poder transfundir en este paciente, pero pues ahí es donde se presentó un paro respiratorio, deterioró, no respondió a las maniobras que se le hicieron y falleció”.

Respecto del tiempo que permaneció el paciente en el Hospital San Jorge de Pereira, anotó que éste fue “el último estamento que vio al paciente”, que en el servicio de urgencias y de cirugía el paciente estuvo menos de una hora, “transcurrió de 22:00 pm a 23:00 pm más o menos”.

En lo atinente al pronóstico o expectativa de recuperación del paciente cuando el testigo lo atendió, era de un estado prácticamente agónico, porque estaba en muy malas condiciones generales, presenta un paro respiratorio en el servicio de urgencias, se reanima, se logra salir del mismo, se trata de trasladar a la unidad de cuidados intensivos pero el paciente no tolera el traslado, y en el transcurso del traslado de urgencias a cuidados intensivos vuelve y presenta un paro, no responde, entonces las condiciones que tenía el paciente eran tan críticas que probablemente la muerte del paciente ya era inminente, porque llegó en muy malas condiciones al hospital San Jorge.

Sobre la causa de la muerte del paciente, indicó que no la conoce, que les informaron que harían los trámites para hacer el levantamiento del cuerpo porque “lo dejamos como un accidente de tránsito y que la Fiscalía llevara al paciente a medicina legal para la respectiva necropsia, pero yo desconozco los hallazgos de esa necropsia”.

Puesto de presente al testigo el informe de necropsia, el cual alude a que el paciente presentó un desgarro hepático por trauma contundente y preguntado sobre el nivel de mortalidad de dicha lesión, dijo: “la lesión es grave dependiendo de la longitud del desgarro y también de la profundidad y de los segmentos del hígado que se comprometían, porque también adicionalmente puede afectarse estructuras vasculares (...) La literatura establece seis tipos de trauma, donde el más leve, pues el trauma uno puede ser una laceración con un hematoma pequeño que no reviste

mayor mortalidad, que puede el paciente con su mecanismo de defensa sobrepasarlo y no requerir ningún tipo de intervención invasiva, pero si el paciente presenta un trauma hepático grados seis, donde hay una irrupción importante del parénquima de toda la víscera sólida con alteración de estructuras vasculares, hay que tener en cuenta que al hígado llegan dos vasos grandes, que son los que los que irrigan, que son la aorta, que aporta más o menos el 70% de la sangre para el hígado y también la arteria hepática, pero también administra sangre hacia la cara inferior que es una estructura vascular importante que lleva sangre al corazón. Entonces si hay compromiso como de todas las estructuras vasculares y un porcentaje importante, pensaría yo que más del 50% del parénquima del hígado, pues obviamente puede ser letal. En este momento no tengo como la clasificación del trauma hepático para decirles que son seis y obviamente, pues que el sexto grado que es la irrupción más grande del parénquima del hígado, pues obviamente la más mortífera, la más letal que la grado uno”. Que para este caso, el paciente no tenía laceraciones, no tenía hematomas, no tenía ningún tipo de equimosis o morados a nivel de la pared abdominal que indicara la lesión del hígado, el cual “está prácticamente ubicado debajo del reborde costal derecho y en la parte superior del abdomen no había ningún estigma de trauma que me permitiera pensar que este paciente tenía un trauma a nivel de abdomen y que el afectado fuera el hígado, adicionalmente lo que reportaba la historia clínica y el médico que llevó al paciente al servicio de urgencia es que el trauma había sido en el dorso del paciente, y el dorso como anatómicamente sabemos que está ubicado en la parte de atrás, en la parte superior de la espalda, entonces tampoco el mecanismo de trauma que refería la historia clínica que reportó el paciente al ingreso al hospital de Santa Mónica”, indicaban lesión del hígado.

Agregó que el reporte del paciente “lo refirió el médico a nosotros porque pues yo nunca tuve oportunidad de hablar con el paciente porque el estado clínico del paciente era tan crítico y malo que nunca pudimos hablar con él porque ya venía prácticamente agónico. Entonces yo no podía inferir sin ningún estigma de trauma a nivel abdominal, que la víscera que estaba comprometida fuera el hígado. Que lo referente al sangrado rectal fue “otra información que no permitió llegar a un diagnóstico más claro y certero, normalmente cuando uno tiene un sangrado rectal es un sangrado digestivo (...) las causas principales de los sangrados digestivos no son un trauma cerrado de abdomen, ni un trauma penetrante probablemente por

herida con arma de fuego o arma cortopunzante, tampoco explican un sangrado digestivo. (...) El sangrado rectal, o un sangrado digestivo bajo puede ser ocasionado por hemorroides, por una fisura anal, por divertículos (...) a nivel del colon de los pacientes que se van presentando con la edad por algún tipo de tumor. Pero un trauma cerrado de abdomen no me explica un sangrado digestivo bajo (...) sin embargo, al paciente se le pasó una sonda nasogástrica en el servicio de urgencias, y esa sonda nasogástrica no presentó ningún tipo de drenaje, y en alguna de las historias clínicas de urgencias, no me acuerdo si es en la de Santa Mónica o en la de urgencias le hicieron un tacto rectal y no vieron estigmas de sangrado. Uno por lo general cuando hay un paciente que presenta sangrado digestivo uno hace un tacto rectal y ahí ve, o ve sangre o ve una coloración negra de las deposiciones del paciente. Entonces el mecanismo de trauma y el reporte de esa información no tienen como una relación clara”.

Preguntado por el momento en que se hace el registro de las notas médicas, dijo que “lo que uno siempre hace es valorar el paciente, tratar de suministrar lo que puede hacer en ese momento y posteriormente a que uno hace como su atención es que se remite pues uno a los computadores del hospital a realizar las notas médicas con el estado clínico y lo que el plan de acción y lo que ha propuesto para el manejo del paciente”.

- Testimonio de la doctora Martha Cecilia Mendoza Giraldo, médica cirujana, con posgrado en gerencia y auditoría en salud y Directora Médica de la Clínica Pinares Médica en el año 2013:

Manifestó que no recuerda al paciente, que recuerda solamente cuando llegó la solicitud del certificado si el paciente había sido atendido en ese centro asistencial, que en ese tiempo también era directora médica de la clínica, pero nunca atendió al paciente y no hay evidencia de que hubiese ingresado a la institución, “solo hay evidencia en nuestra oficina de referencia que el paciente fue llamado y comentado y se negó la atención, pues se negó la cama porque no había disponibilidad de cuidado intensivo que era el servicio que requería el paciente, y en la historia clínica y en ningún otro sitio hay evidencia de que el paciente haya ingresado”.

Explica que tienen una oficina de referencia y contra referencia 24 horas al día atendido por auxiliares, las instituciones, las IPS cuando necesitan un servicio con el que no cuentan, llaman a la institución, se verifica que se tenga disponibilidad del servicio y obviamente se genera aceptación o negación dependiendo si se tiene o no, y de eso queda un registro, queda un código tanto de aceptación o negación. Que el 14 de febrero de 2013 el paciente fue comentado desde el Hospital de Santa Mónica, en la respuesta que se le dio cuando se hizo la solicitud se registró quien lo había comentado, quien había recibido la llamada en la oficina de referencia de la clínica y que también está registrado que no se aceptó porque no había disponibilidad de camas en UCI, que era el servicio que necesitaba el paciente.

Agrega que el servicio de referencia es de SMS Clínica Pinares y que la Unidad de Cuidados Intensivos es de Dumian medical S.A.S., que es una empresa diferente, igual se confirmó con la empresa y no tenía disponibilidad de las camas; que la clínica no tiene habilitado el servicio de unidad de cuidados intensivos, que está habilitado es por Dumian Medical que es una empresa diferente. Que, como consta en el registro y en la respuesta, se dio negación a otro paciente que también requería el mismo servicio que era cuidado intensivo.

Interrogada sobre la razón por la cual la ambulancia que condujo al señor Oscar Ovidio Henao Correa llegó hasta la clínica Pinares, manifestó que “fue conducido hasta allá (...) no hay ninguna evidencia de que el paciente haya ingresado”.

6.4. RELACIÓN CAUSAL ENTRE LA ACTUACIÓN DE LAS ENTIDADES DEMANDADAS Y EL DAÑO.

Estima esta Corporación Judicial que los elementos probatorios que han quedado referidos, por modo alguno permiten estructurar la responsabilidad extracontractual atribuida en la demanda a las entidades asistenciales que integran la parte pasiva del proceso, en cuanto ninguna de las pruebas allegadas al plenario da cuenta de la falta de atención del señor Oscar Ovidio Henao Correa, ni de una errónea remisión, ni de omisión en la formulación del diagnóstico y práctica del tratamiento que requiriera el paciente de acuerdo con las condiciones de salud, signos y síntomas que reportó en el breve espacio en que alcanzó a ser atendido en las ESE accionadas; como tampoco se demostró que las actuaciones desplegadas por los entes demandados

hubieren dado lugar a la pérdida de oportunidad para la recuperación de la salud del paciente y se constituyeran en la causa eficiente de su fallecimiento, conforme se explicará enseguida.

6.4.1. En cuanto a la imputabilidad del daño a la **ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas**, la historia clínica diligenciada en dicho centro asistencial, así como el testimonio del galeno que atendió al señor Oscar Ovidio Henao Correa y que lo acompañó durante el recorrido de la ambulancia en ejecución de la orden de remisión, doctor Fabián Moreno Murillo, médico general del servicio de urgencias del Hospital Santa Mónica de Dosquebradas en el año 2013, exactamente el 14 de febrero de ese año, cuando concurrió el paciente, dejan claro que al usuario de salud se le brindó la atención que correspondía a los signos que reportaba: una vez hizo su ingreso a las 8:22 p.m. en el servicio de urgencias, se tomó nota de la anamnesis o información reportada por el paciente y su acompañante, referente al accidente de tránsito sufrido dos horas antes, en el que presentó caída desde la motocicleta que conducía; sobre la presencia de traumatismos superficiales en el dorso, antebrazos, mano derecho y rodillas; y sobre su estado al momento del ingreso a la institución, consciente, alerta, orientado, caminando por sus propios medios.

También se registró que posteriormente presentó sangrado rectal en el baño y que se tornó pálido y diaforético (sudoroso), luego refiere dolor cervical y dolor en el flanco abdominal derecho.

Al paciente se le realizó examen físico por parte del médico, quien lo refiere pálido, diaforético (sudoroso) y álgido (con dolor), y formula **diagnóstico principal de síncope y colapso** y diagnóstico relacionado de esguinces y torceduras de la columna cervical, ante lo cual y teniendo en cuenta antecedente de epilepsia, se le brinda manejo de observación para vigilancia clínica y media hora después, a las 21:00 horas, ante la persistencia de dolor abdominal de moderada intensidad en el flanco derecho, y aun en estado consciente, alerta y orientado, **SE REMITE A III NIVEL CON DX. TRAUMA CERRADO DE ABDOMEN**, orden que es ejecutada el mismo día 14 de febrero de 2013, con hora de salida de la ESE Santa Mónica de Dosquebradas: 22:00 y hora de llegada a la entidad receptora 22:30 y anotaciones en el ítem de “cambios durante el traslado”. Este traslado se hace asistido con el

médico tratante, conforme ya se indicó, hasta el arribo al tercer nivel de complejidad en salud, esto es, al Hospital Universitario San Jorge de Pereira.

Lo anterior pone de presente la atención adecuada y oportuna de la ESE Santa Mónica de Dosquebradas, que le brindó atención inmediata al paciente y, conforme los antecedentes, hechos y signos reportados y evidenciados en el examen físico, formuló la impresión diagnóstica y ordenó el manejo acorde con la situación de salud del paciente; y, posteriormente, ante el cambio en la evolución de sus síntomas, hacia un dolor abdominal, para ese momento apenas moderado, decidió la remisión y el acompañamiento del enfermo en la ambulancia, hasta su arribo al tercer nivel de atención, donde también participó en el reporte del estado de salud y sobre manejo del enfermo.

Luego carecen de fundamento las imputaciones formuladas contra esta codemandada, en cuanto a la atención indebida y a la errónea remisión que desde el comienzo se señaló con destino al tercer nivel de atención, y cuya ejecución no depende de la institución hospitalaria, sino del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias- CRUE, que es el organismo operativo responsable de coordinar en su jurisdicción el acceso entre los distintos niveles de atención de la red de salud, mediante el sistema de referencia y contrareferencia, así:

El sistema de referencia y contrarreferencia tiene su fundamento constitucional en la potestad del Estado, establecida en el artículo 49 de la Carta Política, para reglamentar y organizar los niveles de atención para la prestación de los servicios de salud, acorde con los principios de universalidad, eficiencia y solidaridad, atribución que es correlativa a la obligación que la misma norma establece en el sentido que “la atención de la salud” es un “servicio (s) público (s) a cargo del Estado” y que “se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud”, para lo cual “corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes (...)

En desarrollo de dicha norma superior, la Ley 100 de 1993, *"Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral"* diseñó el Plan Obligatorio de Salud, y en su artículo 162, parágrafo 5º, señaló que, para la prestación de dichos servicios, todas

las Entidades Promotoras de Salud establecerán un sistema de referencia y contrarreferencia para que el acceso a los servicios de alta complejidad se realice por el primer nivel de atención, excepto en los de urgencias.

El Decreto 2759 de 1991 (norma aplicable para la época de los hechos ocurridos en el año 2013), en su artículo 2 define dicho sistema como el Conjunto de Normas Técnicas y Administrativas que permiten prestar adecuadamente al usuario el servicio de salud, según el nivel de atención y grado de complejidad de los organismos de salud, con la debida oportunidad y eficacia. Esta misma norma en los párrafos 1º a 3º señala su objetivo y alcance de dicho sistema, en los siguientes términos:

*“Parágrafo 1º. **El Régimen de Referencia y Contrarreferencia** facilita el flujo de usuarios y elementos de ayuda diagnóstica, entre los organismos de salud y unidades familiares, de tal forma que se preste una atención en salud oportuna y eficaz.*

*Parágrafo 2º. Se entiende por **Referencia**, el envío de usuarios o elementos de ayuda diagnóstica por parte de las unidades prestatarias de servicios de salud, a otras instituciones de salud para atención o complementación diagnóstica, que de acuerdo con el grado de complejidad den respuesta a las necesidades de salud.*

*Se entiende por **Contrarreferencia**, la respuesta que las unidades prestatarias de servicios de salud receptoras de la referencia, dan al organismo o a la unidad familiar. La respuesta puede ser la contrarremisión del usuario con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención recibida por el usuario en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.*

Parágrafo 3º El Régimen de Referencia y Contrarreferencia incluye las remisiones de usuarios o muestras biológicas, enviadas por los promotores de saneamiento, promotores de salud y otros agentes comunitarios tales como las parteras y los gestores de salud.”

Los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres -CRUE hacen parte de la Red Nacional de Urgencias y apoyo del Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres (SNPAD), y son los encargados de regular y coordinar el sistema de referencia y contrarreferencia, para hacer efectivo el mandato legal contenido en la Ley 715 de 2001⁵⁷, cuyo artículo 54 dispone que "El servicio

⁵⁷ "Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros."

de salud a nivel territorial deberá prestarse mediante la integración de redes que permitan la articulación de las unidades prestadoras de servicios de salud, la utilización adecuada de la oferta en salud y la racionalización del costo de las atenciones en beneficio de la población, así como la optimización de la infraestructura que la soporta (...). La red de servicios de salud se organizará por grados de complejidad relacionados entre sí mediante un sistema de referencia y contra referencia que provea las normas técnicas y administrativas con el fin de prestar al usuario servicios de salud acordes con sus necesidades, atendiendo los requerimientos de eficiencia y oportunidad, de acuerdo con la reglamentación que para tales efectos expida el Ministerio de Salud”.

Es así que, mediante la Resolución 1220 de 2010, expedida por el Ministerio de la Protección Social, se establecieron las condiciones y requisitos para la organización, operación y funcionamiento de los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres -CRUE y los define en su artículo 2, como una **“unidad de carácter operativo no asistencial, responsable de coordinar y regular en el territorio de su jurisdicción, el acceso a los servicios de urgencias y la atención en salud de la población afectada en situaciones de emergencia o desastre”**.

Ahora, en cuanto al nivel de atención y de la consecuente responsabilidad derivada del mismo, en el Decreto 1760 de 1990 “por el cual se establecen y definen los niveles de atención, tipo de servicio de complejidad” (aplicable también a momento de los hechos acaecidos en el año 2013) se señalan los siguientes niveles, de los cuales se deriva la obligación de remisión a niveles superiores para acceder a servicios de mayor complejidad:

*“**Artículo 1º:** Para efectos de este Decreto por nivel de atención la responsabilidad del ente territorial en la organización de los servicios de salud a través de una o varias entidades para satisfacer las necesidades de salud de su población.*

*“**Artículo 6º.** La clasificación de las entidades como de **primer nivel**, según el artículo 6º literal a) de la ley 10 de 1990, responde a que en ellas se cumplan como mínimo los siguientes criterios:*

a)Base poblacional del municipio o municipios a cubrir.

(....)

d) *Tecnología de baja complejidad, sencilla y simple de utilizar en la consulta externa, hospitalización, urgencias y los servicios de apoyo para diagnóstico y tratamiento de problemas de salud de menor severidad.*

“ARTÍCULO 8º. *Las entidades se clasificarán como de **segundo nivel** si cumplen como mínimo con los siguientes criterios:*

a) *Frecuencia de los problemas de salud que justifiquen los servicios ofrecidos por la entidad;*

b) *Cobertura y atención a poblaciones de uno o varios municipios o comunas que cuenten con atención hospitalaria de primer nivel;*

c) *Atención por personal profesional especializado, responsable de la prestación de los servicios;*

d) **Tecnología de mediana complejidad** *que requiere profesional especializado para su manejo, en la consulta externa, hospitalización, urgencias y en los servicios de diagnóstico y tratamiento de patologías de mediana severidad;*

e) *Amplia base poblacional que cubra uno o varios entes territoriales según sus necesidades de atención;*

f) *Existencia de planes de desarrollo socioeconómico en el área, para convertirse en polo de desarrollo de regiones mayores en el país.*

“Artículo 9º *Para que las instituciones sean clasificadas como de **tercer nivel** se requiera que en ellas se cumplan como mínimo los siguientes criterios:*

a) *Frecuencia de los fenómenos o patología que justifique los servicios correspondientes;*

b) *Alta base poblacional a otros entes territoriales a cubrir;*

c) *Cobertura de atención a otros entes territoriales que cuenten con entidades del primero y segundo nivel de atención;*

d) *Tecnología requerida de la más alta complejidad;*

e) *Atención por personal especializado y subespecializado responsables de la prestación de los servicios.*

f) *Existencia de planes de desarrollo socioeconómico en el área para convertirla como polo de desarrollo de regiones mayores en el país”*

De acuerdo con los parámetros de clasificación contemplados en el decreto en cita, y acorde con la información sobre el nivel de complejidad al cual corresponde el Hospital Santa Mónica de Dosquebradas⁵⁸, esto es, al segundo nivel de

⁵⁸ Acuerdo Municipal No. 095 de diciembre 22 de 1995, expedido por el Concejo Municipal de Dosquebradas “por medio del cual se autoriza al Alcalde para participar en la creación de una empresa social del estado,

complejidad en salud, la responsabilidad de dicha entidad en el caso concreto y en el tema de la remisión del paciente, se circunscribía a la emisión de dicha orden y a su reporte al organismo encargado de coordinar la ejecución de la remisión, de tal manera que la obligación de la ESE de segundo nivel, en materia de referencia, quedó agotada cuando dispuso y reportó la necesidad de que el paciente fuere trasladado a un centro asistencial de mayor nivel (nivel III), para la realización de exámenes tecnológicos y valoración especializada con miras a la formulación del diagnóstico correspondiente a la impresión o sospecha de “trauma cerrado de abdomen”, sin que corresponda a la ESE la ejecución de la remisión, sino al correspondiente Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres - CRUE.

A través de los mencionados centros reguladores CRUE, es coordinado el acceso al servicio de salud entre los distintos niveles de atención en salud, mediante el sistema de referencia, como se dispuso en el presente caso, entendida la referencia como el envío o remisión de pacientes por parte de un prestador de servicios de salud a otro prestador, para atención o complementación diagnóstica, de acuerdo con el nivel atención, para que este dé respuesta a las necesidades de salud, tal y como se ordenó por parte de la accionada de segundo nivel, con destino al tercer nivel de atención. De esta forma, solo pudiera predicarse falla médica asistencial derivada del servicio de referencia, en aquellos eventos en los que se acredite que por la demora en la orden de remisión el paciente, el usuario fue privado del derecho de recibir un oportuno, adecuado y eficaz servicio para la atención integral en salud, hipótesis que no se configuró en el presente asunto, en cuanto la orden de remisión fue emitida por la ESE inmediatamente surgieron elementos para sospechar de un trauma cerrado de abdomen, que requería valoración y exámenes diagnósticos de nivel superior, conforme la historia clínica de dicho hospital y el testimonio del médico tratante, doctor Fabián Moreno Murillo, que a las 21:00 horas dispuso: SE REMITE A III NIVEL CON DX. TRAUMA CERRADO DE ABDOMEN, orden que es ejecutada el mismo día 14 de febrero de 2013, con hora de salida de la ESE Santa Mónica de Dosquebradas: 22:00 y hora de llegada a la entidad receptora 22:30.

denominada Santa Mónica”, en cuyo artículo 2º se dispone que dicha ESE corresponde “al primero y segundo niveles de atención en el departamento de Risaralda”.

Concluye la Sala en este punto que no fueron acreditadas las fallas en la prestación del servicio médico asistencial, imputadas a la codemandada ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas.

6.4.2. Respecto de la imputabilidad del daño a la **ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira**, la historia clínica de remisión proveniente de la ESE Santa Mónica de Dosquebradas, que quedó analizada y en la cual constan los antecedentes del paciente, su manejo, evolución e impresión diagnóstica, así como los datos diligenciados en la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira y el testimonio del médico tratante en esta última institución, doctor Luis Fernando Guarnizo Capera, cirujano general, gastroenterólogo y endoscopista digestivo, al servicio del Hospital Universitario San Jorge de Pereira para la fecha de los hechos que interesan a este proceso, evidencian que la atención del paciente fue adecuada, oportuna y acorde con el estado de salud con que arribó a esta institución el señor Oscar Ovidio Henao Correa, quien ingresó a la unidad de urgencias del Hospital San Jorge, en malas condiciones generales, hipotenso, taquicárdico, pálido, frío, con trauma en el dorso, a nivel de las rodillas y en miembro superior derecho.

Con dicho cuadro clínico, el paciente es atendido por los médicos y personal de enfermería del servicio de urgencias, tratan de reanimarlo, le ponen una vía venosa, líquidos, le toman exámenes iniciales, colocan sonda vesical para el drenaje urinario y sonda nasogástrica para mirar el drenaje de la cavidad gástrica, hacen reserva de sangre ante su estado de shock y, comoquiera que no se veía un estigma de trauma evidente, ni en tórax, ni en abdomen, ni las circunstancias del trauma o caída explicaban el estado shock, el médico especialista sospecha un “trauma cerrado de abdomen” y considera que lo más indicado era llevarlo a un escáner de abdomen para determinar si había sangre o algún tipo de líquido a nivel abdominal y pasarlo a cirugía o a cuidados intensivos, dependiendo del resultado de la escanografía, momento en el cual el paciente hace un paro cardíaco, es reanimado, pero en el transcurso del traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos, el paciente vuelve y entra en paro cardíaco y respiratorio, pese a estar asistido por un tubo orotraqueal y oxígeno, y al entrar a UCI se reporta sin signos vitales, y se declara fallecido.

Es así que a pesar del corto tiempo de estadía del paciente en este centro hospitalario: menos de una hora, “transcurrió de 22:00 pm a 23:00 pm más o

menos”, como lo indicó el especialista tratante del Hospital San Jorge, se le dispensó toda la atención que quedó referida, en el servicio de urgencias con práctica de exámenes y procedimientos ventilatorios y de reanimación frente al estado en shock que presentó al ingreso y frente a los paros cardíacos por los que cursó en dicho servicio, además de la valoración por el especialista gastroenterólogo y su orden de practicar examen de escáner de abdomen para establecer o descartar la impresión diagnóstica de trauma cerrado de abdomen y definir procedimiento quirúrgico. Sin embargo, toda esta atención brindada al paciente y el plan de manejo trazado por el especialista del Hospital San Jorge, se vieron frustrados ante el deterioro progresivo y el fallecimiento que sobrevino de manera casi inmediata, sin que alcanzara a ser practicado siquiera el examen diagnóstico para establecer la causa del sospechado trauma cerrado de abdomen y, menos aún alcanzar la cirugía correspondiente a dicho diagnóstico.

Ahora, aunque con posterioridad a la atención médico asistencial, y ya con ocasión de la práctica de la necropsia al cuerpo del fallecido señor Oscar Ovidio Henao Correa, se pudo establecer que el trauma cerrado de abdomen correspondía específicamente a un desgarro hepático, no resulta de recibo que tal información constituya un parámetro de imputación de responsabilidad mediante un análisis retrospectivo de la verdad esclarecida con posterioridad a la atención médico asistencial brindada al paciente, cuando la ciencia médica se fundamenta en parámetros de observación, examen físico, análisis, vigilancia de la evolución, formulación de hipótesis, práctica de exámenes diagnósticos, por lo que la actuación en materia médico asistencial debe ser juzgada a la luz de tales parámetros y con base en el cumplimiento de las obligaciones que corresponden al servicio de salud y al nivel de atención a cargo de las entidades accionadas, conforme estuvieron prestas y diligentes las entidades hospitalarias demandadas, sin que el resultado dañoso sea imputable a su actuación, sino a las malas condiciones generales del paciente, a su deterioro progresivo hacia la muerte, que no dio tiempo de practicar el examen diagnóstico, ni, por lo mismo, a realizar la cirugía que añora la parte actora, la cual no podía llevarse a efecto sin el examen de escáner abdominal que orientara el órgano a intervenir quirúrgicamente.

No había para el momento de ingreso inicial del paciente al segundo nivel de atención, ni para el ingreso al tercer nivel de complejidad, estigma alguno indicativo

del trauma abdominal, menos aún de la causa del mismo, ni heridas externas, ni hematomas, ni signos de lesión interna del abdomen, por lo que no era ni sospechable el desgarre hepático que se estableció después de su muerte, ni la forma en que ocurrió la caída del motociclista permitía establecer dicha causa y establecer el manejo del paciente a través de determinado tipo de cirugía, cuando la caída había sido de espalda y el sangrado rectal que sobrevino tampoco es indicativo de lesión abdominal, conforme lo explicó ampliamente el especialista tratante en su declaración testimonial.

Quedó claro en el plenario que la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira puso a disposición de la recuperación de la salud del paciente Oscar Ovidio Henao Correa, todos los medios que tenía a su disposición, en sus servicios de urgencias, en la Unidad de Cuidados Intensivos a donde ordenó trasladarlo, mediante la valoración especializada por el cirujano general, gastroenterólogo y endoscopista digestivo, con la orden del examen diagnóstico - escáner de abdomen- para definir la intervención quirúrgica que estaba presta a practicar, todo lo cual pone de manifiesto el cumplimiento de sus obligaciones de medio en materia médico asistencial.

Sobre las obligaciones de medio en la atención médica, la jurisprudencia del H. Consejo de Estado⁵⁹ ha sido consistente en señalar que la obligación derivada de la prestación del servicio médico, tiene el carácter de medio y no de resultado:

*“...En este punto de la providencia resulta oportuno señalar que la jurisprudencia **ha sido reiterada en destacar que la práctica médica debe evaluarse desde una perspectiva de medios y no de resultados**, razón por la cual los galenos están en la obligación de realizar la totalidad de procedimientos adecuados para el tratamiento de las patologías puestas a su conocimiento, procedimientos que, como es natural, implican riesgos de complicaciones, que, de llegar a presentarse, obligan al profesional de la medicina, de conformidad con la lex artis, a agotar todos los medios que estén*

⁵⁹ Consejo de Estado – Sección Tercera – Subsección A. 22 Feb. 2017 e, 52001-23-31-000-2005-00882-01(39907). En igual sentido: (i) Consejo de Estado – Sección Tercera – Subsección A. 17 de agosto de 2017, 76001-23-31-000-2002-00569-01(36898). (ii) Consejo de Estado – Sección Tercera – Subsección A. 28 de septiembre de 2017, e05001-23-31-000-2006-02055-01(43316). (iii) Consejo de Estado – Sección Tercera – Subsección A. 06 de diciembre de 2017, 08001-23-31-000-2002-02725-01(43847) (iv) sentencia del 10 de abril de 2019, radicación No. 25000-23-26-000-20006-01800-01. (v) sentencia del 20 de noviembre de 2019, radicación 08001-23-33-000-2012-00489-01.

a su alcance para evitar daños mayores y, de así hacerlo, en ningún momento se compromete su responsabilidad, incluso en aquellos eventos en los cuales los resultados sean negativos o insatisfactorios para la salud del paciente...”.

Explica el Alto Tribunal de lo Contencioso Administrativo, en sentencia del 25 de octubre de 2019⁶⁰:

*[L]a práctica médica debe evaluarse desde una **perspectiva de medios y no de resultados**, lo que lleva a entender que el galeno se encuentra en la **obligación de practicar la totalidad de procedimientos adecuados para el tratamiento de las diversas patologías** puestas a su conocimiento, procedimientos que, por regla general, conllevan riesgos de complicaciones, situaciones que, de llegar a presentarse, obligan al profesional de la medicina al **agotamiento de todos los medios a su alcance, conforme a la lex artis**, para evitar daños mayores y, de así hacerlo, en ningún momento se compromete su responsabilidad, incluso en aquellos eventos en los cuales los resultados sean negativos o insatisfactorios para la salud del paciente, a pesar de haberse intentado evitarlos en la forma como se deja dicho”. Es importante recordar que **la imputación fáctica del daño y la falla del servicio no pueden ser analizadas desde una perspectiva ideal, crítica o abstracta del funcionamiento del servicio, sino que requieren ser estudiadas desde un ámbito real que consulte las circunstancias de tiempo, modo, lugar y capacidad operativa o funcional** de la administración pública al momento de la producción del daño.*

Al respecto, la doctrina indica:

“...En la mayoría de los casos la responsabilidad es de naturaleza contractual, pero algunos excepcionalmente asumen carácter extracontractual; la obligación del médico generalmente es de medio, y en algunos casos se convierte en obligación de resultado con lo que su responsabilidad se ve más fácilmente comprometida.

En la doctrina nacional como en la extranjera, de ordinario se acepta que la responsabilidad médica es obligación de medio, pues se ha entendido que el compromiso profesional y ético del médico es el de “otorgarle al enfermo los cuidados concienzudos y atentos, conforme a sus principios deontológicos y a los datos que en el momento le proporciona la ciencia” ...

Como suele explicar la doctrina, “en las obligaciones de medios –o de prudencia y diligencia- el incumplimiento no se califica sólo por la no obtención del resultado, pues éste no quedó comprometido, sino por la falta de diligencia del deudor en la actividad que comprometió; de tal suerte, en este caso el acreedor debe probar la culpa del deudor y éste tendrá a su cargo probar, en contrario, que observó la diligencia debida y que la frustración del resultado no se debió a un obrar u omitir culpable de su parte”.⁶¹.

⁶⁰ Consejo de Estado, Sección Tercera, CP Carlos Alberto Zambrano Barrera. Sentencia del Radicación número: 17001-23-31-000-2009-00325-01(49389). demandante: Gloria Inés Rodríguez Suárez. Demandado: Hospital Santa Ana de Palestina.

⁶¹ Posada Velásquez, Obdulio. *Responsabilidad Civil Extracontractual*. Bogotá: Temis, 2ª ed., 2013, p.45-46.

Es así que, en consideración a todo el despliegue de atención que ha quedado acreditada del Hospital Universitario San Jorge de Pereira, en la fugaz estadía del paciente en sus instalaciones, en contraste con las condiciones de éste, su estado casi agónico con que ingresó, a voces del testigo médico, el deterioro agresivo y la imposibilidad de practicar el examen diagnóstico ordenado y el procedimiento quirúrgico que resultare indicado con éste, ante la muerte que irrumpió en menos de una hora, se impone concluir que ninguna responsabilidad le es imputable a este ente accionado.

6.4.3. Respecto de la imputabilidad del daño a la “**Cms Colombia Ltda Corporación Médica Salud para los Colombianos**”, en calidad de “propietaria del Establecimiento de Comercio Clínica Pinares Médica”, basta decir que respecto de dicha entidad no obra historia clínica que dé cuenta de su actuación frente al paciente y que el alegado desvío de la remisión ordenada con destino al tercer nivel de atención, no resulta atribuible a éste, sino al centro regulador de referencia y contrarreferencia, conforme quedó dicho en relación con la ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas.

6.4.4. Tampoco puede predicarse responsabilidad por los hechos de la demanda en relación con la **Nación -Ministerio de Protección Social**, en cuanto, en primer lugar, ninguna imputación formula la parte actora en contra de esta entidad, en cuanto es claro que los hechos y pretensiones de la demanda claramente se refieren a la responsabilidad extracontractual por la presunta falla en la prestación del servicio médico por parte de las ESE accionadas; y, en segundo término, sus funciones administrativas y de política en materia de salud, lo relevan de la obligación de prestación directa del servicio de salud, conforme la normatividad invocada por dicha entidad, esto es, las leyes 10 de 1990, 100 de 1993, 489 de 1998 y 715 del 2001, así como el decreto 4107 del 2011, sin que la parte demandante le hubiere atribuido omisión alguna de tal carácter, y, menos aún, que la misma se constituyera en causa eficiente del daño que se pide reparar, ante lo cual no existen siquiera elementos para analizar la legitimación en la causa de esta entidad, sobre la base de la relación real de su actuación con los hechos y pretensiones de la demanda.

6.4.5. Y no puede decirse que el daño o fallecimiento del paciente se enmarca dentro del concepto de la **pérdida de oportunidad**, dado que no concurren los presupuestos jurisprudenciales establecidos que sobre el tema ha precisado el H. Consejo de Estado⁶² así:

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

“En efecto, el Consejo de Estado acogió en su jurisprudencia en materia de responsabilidad médica, la tesis de la “pérdida de un chance u oportunidad”, consistente en que la falla en la prestación del servicio de salud configura responsabilidad, por el sólo hecho de no brindar acceso a un tratamiento, incluso si desde el punto de vista médico la valoración de la efectividad del mismo, muestra que pese a su eventual práctica (es decir si se hubiera practicado y no se hubiera incurrido en la falla en la prestación del servicio), el paciente no tenía expectativas positivas de mejoría.”

“En otras palabras, si bien no puede considerarse probada la relación de causalidad entre la actitud omisiva de la entidad demandante y la muerte del paciente, sí está claramente acreditada aquella que existe entre dicha actitud y la frustración de su chance sobrevenida (sic). Esta distinción es fundamental para enervar cualquier observación relativa a la laxitud en la prueba de la causalidad. Esta se encuentra totalmente acreditada respecto de un daño cierto y actual, que no es la muerte, sino la disminución de la probabilidad de sanar”

Esa pérdida de la oportunidad, que ante el alto Tribunal de lo Contencioso Administrativo desemboca en un juicio de responsabilidad civil extracontractual, frente a la Constitución Política de 1991 y la cláusula general del Estado Social de Derecho se traduce en una (i) violación al derecho fundamental a la vida de la persona que padece ese tipo de enfermedades que, desafortunadamente, le ponen un término de vida muy corto a quien las presenta, verbi gratia, síndrome

⁶² Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección C, CP Enrique Gil Botero, Sentencia del 24 de octubre de 2013, Radicación número: 68001-23-15-000-1995-11195-01(25869), Actor: Néstor José Buelvas Chamorro, Demandado: Nación-Ministerio de Salud y otros, Referencia: Acción De Reparación Directa.

⁶² Consejo de Estado, Sección Tercera, Sentencia 88001233100019980000301 (19755), C. P. Mauricio Fajardo, mar. 21/12

⁶² Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, CP Alier Eduardo Hernández Enríquez, Sentencia del 10 de agosto de 2001, Radicación número: 25000-23-26-000-1993-9314-01(12555).

⁶² Corte Suprema de Justicia Sala de Casación Civil, M.P. Margarita Cabello Blanco, SC10261-2014 Ref: Expediente No 11001 31 03 003 1998 07770 01, sentencia del 4 de agosto de 2014.

de feto arlequín, y (ii) en el chance de mitigar la sintomatología dolorosa y penosa que las mismas generan a través de la aplicación inmediata de todos los servicios médicos requeridos.”

La pérdida de oportunidad se constituye, según la jurisprudencia desarrollada por el H. Consejo de Estado, “*en el cercenamiento de una ocasión aleatoria que tenía una persona de obtener un beneficio o de evitar un menoscabo, posibilidad benéfica que, sin perjuicio de que no es posible avizorar con toda certeza y sin margen de duda que se hubiese materializado en la situación favorable que se esperaba, no se puede desconocer que existía y que poseía una probabilidad considerable de haberse configurado en ésta.*”⁶³

En esa ocasión el órgano de cierre de la jurisdicción de lo contencioso administrativo señaló como elementos esenciales para su configuración los siguientes: *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.

En el año 2017, la Sección Tercera del Consejo de Estado⁶⁴ acogió la última postura referente a la **pérdida de oportunidad como daño autónomo**, en los siguientes términos:

“...14.3. Después de haber revisado las dos posturas sobre el fundamento de la pérdida de oportunidad, la Sala considera que la postura que mejor solventa los dilemas suscitados es aquella que concibe a la pérdida de oportunidad como un fundamento de daño derivado de la lesión a una expectativa legítima⁶⁵, diferente

⁶³ Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera “Subsección B”. CP Danilo Rojas Betancourth. Sentencia del 31 de mayo de 2016. Expediente:38267. Radicación:630012331000200300261 01. Actor: Edilberto Piedrahita Tenorio. Demandado: Nación-Rama Judicial. Naturaleza: Acción de reparación directa.

⁶⁴ Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera – Subsección B. CP Ramiro Pazos Guerrero. Sentencia del 5 de abril de 2017. Expediente: 25706. Radicación: 170012331000200000645-01. Actor: Ángela María Gutiérrez Campiño y otros. Demandado: Cajanal y otro. naturaleza: acción de reparación directa.

⁶⁵ Esta Subsección en decisión reciente señaló que es posible aplicar la teoría de la pérdida de oportunidad a casos donde se vulneren expectativas legítimas: “El modo de reparación de daños antijurídicos derivados de vulneraciones a expectativas legítimas se debe enmarcar dentro de los parámetros de la oportunidad pérdida, siguiendo la premisa conocida del derecho de daños que circunscribe la indemnización de los perjuicios al daño, “solo el daño y nada más que el daño” a fin de evitar un enriquecimiento sin justa causa a favor de la víctima y no contrariar las reglas de la institución jurídica de la responsabilidad estatal: “el daño es la medida del resarcimiento”(…). //10.2.8.2.1. Teniendo en consideración que el daño se origina por la amputación de una expectativa legítima a la consolidación de un derecho, bien sea, en tratándose de una aspiración de obtener un beneficio o una ganancia -polo positivo-, o bien cuando la víctima tenía la aspiración de evitar o mitigar un perjuicio y, como consecuencia de la abstención de un tercero, dicho curso causal dañoso no fue interrumpido -polo negativo-, se debe declarar la responsabilidad del Estado y reparar dicha frustración de la expectativa

de los demás daños que se le pueden infligir a una persona, como lo son, entre otros, la muerte (vida) o afectación a la integridad física, por lo que así como se estructura el proceso de atribución de estos últimos en un caso determinado, también se debe analizar la imputación de un daño derivado de una vulneración a una expectativa legítima en todos los perjuicios que de ella se puedan colegir, cuya naturaleza y magnitud varía en función del interés amputado y reclamado.

14.4. Esto conduce a la Sala a sostener que no es posible aceptar que la pérdida de oportunidad sea un criterio auxiliar de imputación de responsabilidad, habida cuenta de que no será dable, desde un punto de vista jurídico, acceder a declarar la responsabilidad sin que exista certeza del vínculo entre el daño sufrido por la víctima -ej. muerte- y el hecho dañino, ni tampoco es viable construir una presunción artificial y parcial de responsabilidad, y condenar -haciendo uso de esta técnica de facilitación probatoria- a reparar una fracción de la totalidad del daño final sin tener ni siquiera certeza de que el demandado es en realidad el autor del daño final. Al derecho de daños no le interesa atribuir daños parciales sin prueba total de responsabilidad; es necesario que exista certeza y que se determine con claridad por qué en razón de la conducta del autor que desconoce obligaciones se atribuye jurídicamente el daño. Por tanto, la pérdida de oportunidad no es una técnica alternativa y flexible para resolver casos de incertidumbre causal entre la intervención del tercero y el beneficio perdido o el detrimento no evitado, pues se incurriría claramente en una contradicción de los cimientos mismos del sistema de responsabilidad o en una elusión de los presupuestos de responsabilidad (...):

Si bien se reconoce que en algunos casos el tema de la incertidumbre causal está muy presente, ello no es razón suficiente para echar mano de una teoría [como lo es la pérdida de oportunidad] que se refiere, exclusivamente, a la naturaleza y extensión del daño y, por supuesto, no fue creada para resolver el problema de la incertidumbre causal.

Aceptar la postura que se comenta implicaría ir en contravía de los presupuestos tradicionales establecidos por la institución de la responsabilidad civil, buscando una nueva forma de hacerle frente a los problemas que se generan en la sociedad, y así, en vez de hacer justicia, se generaría una inseguridad jurídica que produciría un daño más grave para la convivencia en comunidad, en cuanto daría lugar a resultados tan injustos como sería el hecho de que una de las partes en conflicto se viera indemnizada, pero de manera parcial, a pesar de tener derecho a una reparación integral de su daño, de haberse demostrado la causa del mismo. Y, como contrapartida, que la otra parte, fuese condenada sin que existiera certeza sobre si fue ella quien en definitiva originó el daño que se le imputa⁶⁶.

14.5. Para la Sala, el alcance adecuado de la pérdida de oportunidad es aquel que la concibe como fundamento de daño, proveniente de la violación a una expectativa legítima; es natural que en muchos casos se susciten eventos de incertidumbre causal, pero esto no justifica que se instrumentalice a la pérdida de oportunidad como una herramienta para resolver este dilema, no solo porque exonera al demandante de la carga de probar la relación existente entre el hecho dañoso y el perjuicio final, sino porque rompe la igualdad entre las partes al

legítima dentro de los presupuestos de la teoría de la pérdida de oportunidad cuyo monto dependerá de la mayor o menor probabilidad y cercanía de su ocurrencia”: Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección B, sentencia del 31 de agosto de 2015, rad. 22637, con ponencia de quien proyecta el presente fallo.

⁶⁶ GIRALDO GÓMEZ, Luis Felipe, La pérdida de la oportunidad en la responsabilidad civil. Su aplicación en el campo de la responsabilidad civil médica, Universidad Externado de Colombia, Bogotá, 2011, pp. 143 y 144.

beneficiar a una de ellas con una presunción de causalidad que, en todo caso, será siempre improcedente⁶⁷.

14.6. Así las cosas, la Sala considera que la pérdida de oportunidad es un fundamento de daño, que si bien no tiene todas las características de un derecho subjetivo⁶⁸, autoriza a quien ha sido objeto de una lesión a su patrimonio -material o inmaterial- a demandar la respectiva reparación, la cual será proporcional al coeficiente de oportunidad que tenía y que injustificadamente perdió. Aquí el objeto de reparación no es, en sí, la ventaja esperada o el menoscabo no evitado sino, únicamente, la extinción de una expectativa legítima, esto es, la frustración de la oportunidad en sí misma, pues si el beneficio o el mal que se quería eludir estuvieran revestidos de certeza no se podría hablar del daño consistente en la pérdida de una oportunidad, sino del daño frente a un resultado cierto cuya reparación es total y no proporcional: se repara la pérdida del chance, no la pérdida del alea.

14.7. Por lo anterior, la Sala considera que el fundamento de la pérdida de oportunidad como daño autónomo, cuenta con dos componentes, uno de certeza y otro de incertidumbre: el primero, se predica respecto de la existencia de la expectativa, toda vez que esta debe ser cierta y razonable, al igual que respecto a la privación de la misma, pues en caso de no haber intervenido el hecho dañino infligido por el tercero, la víctima habría conservado incólume la esperanza de obtener en el futuro una ganancia o de evitar un menoscabo; y, el segundo, respecto a la ganancia esperada o el perjuicio que se busca evitar, pues no se sabe a ciencia cierta si se hubiera alcanzado o evitado de no haberse extinguido la oportunidad. Y es frente al primer componente que la pérdida de oportunidad cimienta no solo el carácter cierto y actual del daño sino que es el eje sobre el que rota la reparación proveniente de la lesión antijurídica a una expectativa legítima.

14.8. Por todo lo anterior, la Sala⁶⁹ le ha atribuido, en varias decisiones, a ese primer componente las siguientes características: i) el bien lesionado no es propiamente un derecho subjetivo sino un interés jurídico representado en una expectativa legítima, la cual debe ser cierta, razonable y debidamente fundada, sobre la que se afirme claramente la certeza del daño; ii) lo perdido o frustrado es la oportunidad en sí misma y no el beneficio que se esperaba lograr o el perjuicio que se pretendía evitar; iii) la cuantificación del daño será proporcional al grado de probabilidad que se tenía de alcanzar el beneficio pretendido o de evitar el perjuicio final; iv) no existe pérdida de oportunidad cuando desaparece

⁶⁷ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera. Sentencia de 15 de agosto de 2002, rad. 11605, M.P. Alier Eduardo Hernández Enríquez: "Y debe insistirse en que la presunción de la causalidad será siempre improcedente; aceptarla implicaría incurrir en una evidente contradicción, en la medida en que supondría la aplicación, tratándose de la responsabilidad por la prestación del servicio médico asistencial, de un régimen más gravoso para el demandado inclusive que el objetivo, dado que si bien en éste la falla del servicio no constituye un elemento estructural de la obligación de indemnizar, el nexo causal está siempre presente y la carga de su demostración corresponde al demandante, en todos los casos."

"Nótese pues, que en punto de la prueba de la causalidad, por lo menos recientemente, esta Corporación ha aludido a "un cierto aligeramiento de la carga probatoria del demandante" respecto de los supuestos del artículo 90 de la Carta Política -dentro de los que se encuentra la causalidad-, pero no ha aludido a una presunción de causalidad, o si se quiere de responsabilidad, en virtud de la cual pudiera corresponder al demandado y no al demandante, la carga probatoria en cuestión": Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia de 16 de agosto de 2006. M.P. Mauricio Fajardo Gómez. rad. 14.957.

⁶⁸ Para Foulquier "un administrado es titular de un derecho subjetivo cuando cumple las condiciones que le permiten ser considerado como beneficiario del poder de exigir –reconocido por una norma general o individual, sin estar obligado a utilizar ese poder en un objetivo personal socialmente legítimo-, un cierto comportamiento de parte de la persona pública –lo que constituye el objeto de su obligación- a fin de alcanzar una ventaja moral o material que el orden jurídico ha expresamente o implícitamente considerado como lícito": FOULQUIER, Norbert, Les droits publics subjectifs des administrés. Émergence d'un concept en droit administratif français du XIXe au XXe siècle, Dalloz, París, 2003, p. 689.

⁶⁹ Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección B, sentencia del 9 de octubre de 2014, rad. 29720, con ponencia de quien proyecta el presente fallo.

la posibilidad de la ganancia esperada, esto es, cuando se comprueba que esta se encuentra condicionada todavía a la ocurrencia de situaciones futuras, lo que se traduciría en un perjuicio hipotético, ajeno al daño autónomo de pérdida de oportunidad; si el beneficio final o el perjuicio eludido aún puede ser logrado o evitado, la oportunidad no estaría PÉRDIDA y, por tanto, se trataría de pretensiones resarcitorias diferentes de la pérdida de oportunidad...”

Atendiendo el precedente jurisprudencial, la Sala precisa que la pérdida de oportunidad no es un mecanismo de flexibilización o desconocimiento del nexo causal, por el contrario, se constituye la pérdida de oportunidad como un daño autónomo, en el cual se indemniza, en el caso de encontrarse probado, la pérdida del chance o el álea que tenía la víctima de recuperarse.

Esto exige de la parte demandante un nivel probatorio alto, en el cual establezcan las causas de la muerte, el tratamiento y atención adecuada, además del porcentaje de éxito que podía generar ese tratamiento, en relación con la patología sufrida, ya que sobre ese porcentaje se establece el monto de la indemnización, en caso de acreditarse la pérdida de oportunidad, como perjuicio autónomo.

Para el caso concreto, los elementos probatorios adosados al proceso, especialmente el informe pericial de necropsia, establecen de manera clara la causa de muerte del paciente y es precisamente el estado de deterioro que registró de manera progresiva y fatal con ocasión de la gravedad de las lesiones sufridas en accidente de tránsito -DESGARRO HEPÁTICO por trauma contundente-, sin que en el plenario aparezca acreditado que existió la posibilidad de haberse diagnosticado tal lesión en una fase más temprana y que ello se constituyó en la causa de la muerte, ante la incidencia del factor tiempo en el pronóstico de recuperación de la salud y que en ello no tuviera ninguna injerencia la gravedad de la lesión, ni la falta de signos de su ocurrencia, ni el desenlace vertiginoso hacia el estado de shock hipovolémico, y paros cardíacos y respiratorios que presentó el paciente.

De este modo, la expectativa de obtener un beneficio o ventaja o básicamente la probabilidad de salvar la vida del señor Oscar Ovidio Henao Correa, pese a la falta de certeza o aleatoriedad del resultado esperado, impide señalar que mediaba una oportunidad de sobrevivencia para el paciente.

En consecuencia, no se encuentran estructurados los componentes de certeza o lo que es lo mismo, de existencia de la expectativa, y el de incertidumbre que consiste

en la ganancia esperada o el perjuicio que se busca evitar, predicables de la pérdida de oportunidad según los postulados indicados por el Máximo Tribunal de lo Contencioso Administrativo.

De conformidad con todo lo discurrido, esta Corporación Judicial desestimaré las pretensiones formuladas en la demanda, toda vez que no se demostró que las entidades demandadas hubieren incurrido en falla en la prestación de los servicios a su cargo, ni que dieran a lugar a la pérdida de oportunidad de sobrevivencia del paciente. En razón de tal sentido de la decisión, queda relevada esta Magistratura del análisis de los llamamientos en garantía, en cuanto dirigidos a asumir obligaciones derivadas de una condena que no habrá de ser impuesta.

7. COSTAS

No se condenará en costas a la parte demandante vencida, de conformidad con las previsiones contenidas en el artículo 365 del Código General del Proceso, aplicable por remisión a las normas procedimentales civiles, contenida en el artículo 188 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, por cuanto no se encuentran acreditadas las mismas, acorde con la posición que ha asumido el Consejo de Estado que, luego de señalar el criterio objetivo- valorativo para la imposición de costas (Consejo de Estado, Sección Segunda, Subsección A, sentencia del 7 de abril de 2016, radicación número: 13001-23-33-000-2013-00022-01(1291-14 Actor: José Francisco Guerrero Bardi), en la que se indicó que: *“...en esta oportunidad la Subsección A varía aquella posición y acoge el criterio objetivo para la imposición de costas (incluidas las agencias en derecho) al concluir que no se debe evaluar la conducta de las partes (temeridad o mala fe). Se deben valorar aspectos objetivos respecto de la causación de las costas, tal como lo prevé el Código General del Proceso, con el fin de darle plena aplicación a su artículo 365”*, ha proferido sin número de sentencias⁷⁷ sin condena en costas, al considerar que no se encuentra demostrada su causación, criterio que en la actualidad ha sido reiterado por la Alta Corporación de lo Contencioso⁷⁸, en sentencia calendada el 25 de junio de 2020, en la que se insiste que para su valoración se debe verificar la gestión que hubiere realizado la parte contraria a la cual le resultan desfavorables las pretensiones.

En efecto, la Ley 1564 de 2012 (Código General del Proceso), dispone en el artículo 365,8 que: “Solo habrá lugar a costas cuando en el expediente aparezca que se causaron y en la medida de su comprobación”; una vez revisado el expediente, se advierte que no existen elementos de prueba que demuestren o justifiquen las erogaciones por concepto de costas en esta instancia, como tampoco se evidencia conducta que amerite la condena por ese concepto, razonamientos estos que son objeto de lo que las diferentes secciones de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Consejo de Estado han señalado en punto a costas, como quedó referido, en las cuales la regla general ha sido la negativa a la condena por tal concepto. En consecuencia, al no existir fundamento para su imposición, la Sala concluye que no es procedente la condena en costas en la presente instancia.

De otro lado, teniendo en cuenta que se ha allegado renuncia de poder⁷⁰ de parte del apoderado de la entidad demandada, se proveerá lo pertinente.

En mérito de lo expuesto, el Tribunal de lo Contencioso Administrativo de Risaralda, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

V. FALLA

1. **NIÉGANSE** las súplicas de la demanda, de conformidad con lo expuesto en la parte considerativa de esta sentencia.
2. **SIN COSTAS** en esta instancia, por lo considerado.
3. Ejecutoriada esta providencia, archívese el expediente.

DUFAY CARVAJAL CASTAÑEDA
MAGISTRADA

JUAN CARLOS HINCAPIÉ MEJÍA
MAGISTRADO

⁷⁰ Samai – Índice 31

ANDRÉS MEDINA PINEDA
MAGISTRADO

**«Este documento fue firmado electrónicamente. Usted puede consultar la
providencia oficial con el número de radicación en
<https://samairj.consejodeestado.gov.co>»**