

100-

Florencia, 14 de marzo del 2025

Señores

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA

Gerencia@lealiseguros.com

MIRLEDY CARDONAFAJARDO- Gerente Solidaria

mcardona@solidaria.com.co

fareyes@solidaria.com.co

CAMILO ANDRES BONILLA BERNAL

cbonilla@solidaria.com.co

E. S. D.

ASUNTO: SOLICITUD DE CONCEPTO DE VIABILIDAD DE ACUERDO CONCILIATORIO JUDICIAL/ACOMPANAMIENTO ECONOMICO PARA PROPUESTA CONCILIATORIA EN AUDIENCIA INICIAL

Referencia: 18001333300120230027100

Medio de Control: REPARACIÓN DIRECTA

Demandante: ELVIRA ROJAS DE GUEVARA Y OTROS

Demandado: HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA.INMACULADA

Cordial Saludo,

Teniendo en cuenta los compromisos adquiridos en reunión realizada el día 06 de marzo, en la cual participaron delegados de la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA**, así como delegadas del **HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA E.S.E**, remitimos la información necesaria para que se realice el análisis que permita emitir concepto de presentación de formula conciliatoria a no en el presente asunto:

1. DETALLE DEL CASO

Paciente de 57 años, quien el día 8 de mayo de 2021 a las 20 y 42 horas ingresa al servicio de urgencia por sufrir herida por proyectil de arma de fuego en cráneo que ingresó por región temporal y salió por región occipital de su cráneo. Es intervenido por Neurocirujano aproximadamente una hora después de su ingreso, al parecer porque en servicio de cirugía no le asignaron turno inmediato en el quirófano, el paciente es trasladado al área de reanimación, lugar en el cual recibe atención médica por parte de la médico general Dra. LILI JOHANNA FERNANDEZ QUINTO, quien ordena la realización de una Tomografía Axial Computarizada (TAC) de cráneo, misma que fue tomado a las 7:51 p.m., adicionalmente, la profesional procede a comunicarse con el Dr. Anderson Remolina, neurocirujano de turno,

quien manifestó que el paciente debía ser trasladado con urgencia a quirófano, por lo cual la Jefe de enfermería Lida Esguerra, del servicio de urgencias, procede a solicitar turno quirúrgico, informando de quirófano que podían proceder con el traslado, por la urgencia vital en la que se encontraba el paciente. El paciente falleció 24 horas después. Demandan por no haber intervenido quirúrgicamente una vez ingresó a urgencias

2. PRUEBAS RELEVANTES DE LA PARTE ACTORA

- Dictamen pericial

Se oficie a la empresa Comfirmesa Sanabria Y Cia S. En C. a través del correo electrónico direccionejecutiva@comfirmesa.com.co, para que designe a un profesional médico especialista en Neurocirugía para que resuelva el cuestionario que en oportunidad se allegará.

- Testimonial y/o testigo técnico.

Acreditar las circunstancias de tiempo, modo y lugar en las que se dio la atención, del señor Gentil Guevara Rojas en la E.S.E Hospital Departamental María Inmaculada, y los hechos expuesta en la demanda sírvase citar a las siguientes personas:

Anderson Julián Remolina López, en calidad de neurocirujano de la E.S.E. Hospital Departamental María Inmaculada. Correo electrónico: ajremollna02@hotmail.com

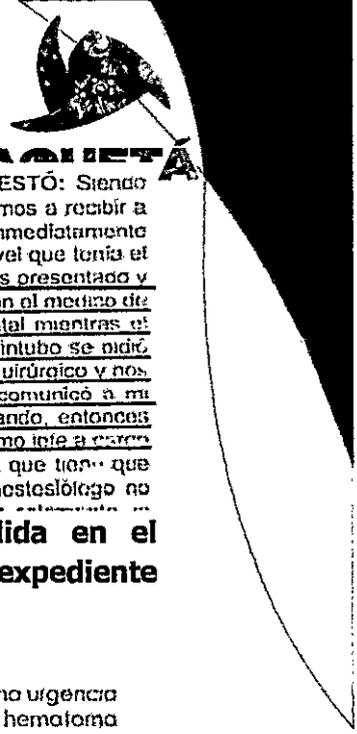
Javier La Rota, médico general del servicio de quirófano de la E.S.E. Hospital Departamental María Inmaculada. Correo electrónico: notificacionjudicial@hmi.gov.co

PRUEBA DOCUMENTAL Y DIGITAL.

COPIA DE EXPEDIENTE DISCIPLINARIO NO. 21-361:

El costado demandante pone de presente las siguientes declaraciones obrantes en el expediente disciplinario:

- **Declaración de Jefe Lida Esguerra, obrante a página 1 del expediente disciplinario No. R-21- 361, digitalizado parte 1:**



GENTIL GUEVARA ROJAS identificado con cedula de ciudadanía No. 17.636.255 de Florencia. **CONTESTÓ:** Siendo aproximadamente las 7 y 40 PM -8:00 Pm se escucha las sirenas de la patrulla de la policía salimos a recibir a paciente es un paciente que llegar por herida de arma de fuego a nivel de la cabeza inmediatamente trasladamos a traído en la camilla y a tomar signos vitales, llevar a tac de cráneo para mirar el nivel que tenía el paciente para mirar el nivel que tenía el paciente, el paciente señor GENTIL GUEVARA ROJAS, es presentado y consentado con el Dr Anderson Remolina quien es el neurocirujano de turno quien se comunica con el medico de turno y le dice que ese paciente requiere cirugía de urgencia y que va se desplazaba al hospital mientras el equipo de urgencias procedía a realizar lo que tenía que realizar con el paciente, el paciente se intubo se midió apoyo a la terapia de la UCI inmediatamente bajaron el paciente fue intubado y se pidió turno quirúrgico y nos informaron en cirugía que ya estaba listo que podíamos subir al paciente el Dr. Remolina se comunicó a mi telefono personal le informo que ya le ibamos a subir al paciente me manifesto que ya iba llegando, entonces junto con el equipo del médico, la terapeuta, el auxiliar de traslado y auxiliar de enfermería y yo como jefe a cargo del servicio subimos al paciente a quirófano una vez llegamos a quirófano, nos informan que el que tiene que recibir al paciente es el anestesiólogo el Dr Rafael Enrique Ocampo esperamos minutos el anestesiólogo no

- **Declaración Dr. Anderson Remolina, en declaración rendida en el expediente disciplinario No. R21-361, obrante a página 17 del expediente digitalizado parte 1, en la que narra:**

y se presenta la siguiente situación: Llega un paciente con herida de arma de fuego una urgencia vital para el servicio de neurocirugía, con una tomografía realizada que evidencia un hematoma intracerebral y bastante sangrado activo, el paciente llega con pupilas mióticas que habla que es un paciente rescatable pues a pesar de la gravedad de lesión, por lo cual se considera ser llevado a cirugía y esta se realiza debido a que el anestesiólogo el Dr Rafael Enrique Ocampo no

- **Queja radicada por Lida Esguerra, Jefe del servicio de cirugía, de fecha 8 de mayo de 2021:**

junto con el equipo del médico, la terapeuta, el auxiliar de traslado y auxiliar de enfermería y yo como jefe a cargo del servicio subimos al paciente a quirófano una vez llegamos a quirófano, nos informan que el que tiene que recibir al paciente es el anestesiólogo el Dr Rafael Enrique Ocampo esperamos minutos el anestesiólogo no aparecía, nosotros íbamos con el paciente sin el monitor porque no teníamos monitores de traslado solamente un saturador y una bala de oxígeno que tenía poquito oxígeno que nosotros requeríamos que por la gravedad del paciente nos lo recibieran rápido, el Dr Remolina pues que estaba impedido para trabajar porque no tenía equipo quirúrgico él estaba al lado de nosotros y procedimos a comunicarle al gerente la situación para que nos colaborara hablando con el anestesiólogo y así nos recibieran al paciente por que el paciente se estaba deteriorando neurológicamente hay pues tenía un sangrado activo de nivel de cabeza; pasaron varios minutos el anestesiólogo no aparecía el doctor ELKIN CERCHIARO ginecólogo de turno quien tenía una cesárea pendiente nos dijo que la cesárea de él podía esperar mientras pasaban al paciente que teníamos toda vez que era más urgente (GENTIL GUEVARA ROJAS) eso se le comunico internamente en el servicio de cirugía al Dr Ocampo pero el Dr Ocampo nada que salía, también el doctor LARROTA médico general quien se encontraba en el servicio de cirugía apoyando la urgencia nos colaboró hablando con la Dra Marcela Trujillo para que hablara en cirugía y nos recibieran al paciente, pasaron varios minutos no sé exactamente en tiempo cuanto pues no teníamos calculado cuanto pero fue demorado para que recibieran al paciente tuvimos que cambiar de bala de oxígeno pues el oxígeno se nos acabó y finalmente vino el Dr Ocampo y recibió al paciente, lo que traumatizo el proceso he hizo demorada la espera. PREGUNTADO: Sabe usted porque fue la demora del Dr Ocampo en autorizar ingresar al paciente para dar anestesia? CONTESTÓ: Lo que nos informó el personal de quirófano es que el Dr. Ocampo había dicho que primero iba a pasar la cesárea aun cuando el ginecólogo de turno el Dr Elkin Cerchiaro manifestó que no era urgente y que podía esperar. Luego de las llamadas a la Dra. Marcela y el señor gerente Dr. Ruiz fue que el anestesiólogo recibió al paciente.

- **Declaración rendida por el Dr. Anderson Remolina, especialista en Neurocirugía tratante, de fecha 12 de mayo de 2021:**

ocurridos. **CONTESTADO:** El día 8 de mayo del presente año me encontraba de turno noche en el servicio de neurocirugía en el Hospital Departamental María Inmaculada ESE, recibo la llamada de la jefe de enfermería del servicio de urgencia LIDA PATRICIA OVIEDO RENDON, me presenta al paciente señor GENIL GUEVARA ROJAS para lo cual me desplazo al hospital de manera inmediata y se presenta la siguiente situación. Llega un paciente con herida de arma de fuego una urgencia vital para el servicio de neurocirugía, con una tomografía realizada que evidencia un hematoma intracelular y bastante sangrado activo, el paciente llega con pupilas mióticas que había que es un paciente rescatable pues a pesar de la gravedad de lesión por lo cual se considera ser llevado a cirugía y esta se dilata debido a que el anestesiólogo el Dr Rafael Enrique Ocampo no acepta o no nos permite llevar al paciente a cirugía pues ra nos explica exactamente las razones y decide pasar otra serie de paciente antes de este paciente señor GENIL, dejando a mi paciente en el pasillo de cirugía esperando ser atendido, ante la petición de la parte administrativa del Hospital el gerente y subgerente y ante la presión de nosotros decide darnos anestesia más o menos una hora después y llevamos al paciente al cirugía y lastimosamente pues ya cuando entramos a la sala de cirugía la pupila izquierda del paciente se encontraba dilatada habiendo de que ya había una herniación cerebral y pues intervenimos al paciente y tenía un sangrado masivo y la pupila obviamente no reactivó y dilató la segunda pupila en ese momento el paciente se encontraba en probable muerte cerebral con un pronóstico reservado aun con pulso y con presión pero con una probabilidad de muerte por encima del 95%. **PREGUNTADO:** La demora en la atención en el servicio de cirugía por parte de la especialidad de anestesiología (Dr Rafael Enrique Ocampo) al paciente Genil Guevara Rojas, influyo en la mala evolución del paciente quien termina perdiendo la vida por su estado de salud? **CONTESTADO:** pues también sería de mi parte muy tajante decir que lo hubiésemos operado antes el desentlace hubiese sido diferente lo que si es cierto es que este tipo de paciente debemos intervenirlos lo más pronto posible para tratar de mejorar su pronóstico de vida, yo pensaría que de intervenir un poco antes posiblemente lo digo el resultado hubiese sido un poco diferente, pero pues solo lo podíamos saber si lo hubiésemos hecho en su momento. **PREGUNTADO:** Sabe usted si al momento de llegar el paciente

3. ANALISIS DEL RIESGO.

Una vez socializado el caso en comité de conciliación, se consideró que existía un riesgo alto de condena derivado de las declaraciones rendidas en el trámite del proceso disciplinario **21-361**, de las que se desprende la existencia de demoras injustificadas para realizar la intervención quirúrgica al usuario, lo que lleva a considerar que puede darse por acreditada la falla en la prestación del servicio.

En relación al daño discutido en este asunto, se tiene que el costado actor lo encaja en la categoría de pérdida de oportunidad o pérdida de chance. Sobre esta categoría de daño en reciente pronunciamiento la jurisprudencia ha considerado:

Para la Sala, para que se configure la pérdida de oportunidad es necesario verificar la concurrencia de tres elementos: i) falta de certeza o aleatoriedad del resultado esperado, es decir, la incertidumbre respecto a si el beneficio o perjuicio se iba a recibir o evitar; ii) certeza de la existencia de una oportunidad; iii) certeza de que la posibilidad de adquirir el beneficio o evitar el perjuicio se extinguió de manera irreversible para la víctima. Sobre el alcance de cada uno ha dicho la Sala:

Falta de certeza o aleatoriedad del resultado esperado. En primer lugar, para determinar si se está en presencia de un daño de pérdida de oportunidad, es necesario establecer que, en efecto, el titular de la expectativa legítima se encontraba, para el momento en que ocurre el hecho dañino, en una situación de incertidumbre de recibir un beneficio o una ventaja esperada, o de evitar un perjuicio indeseado. La oportunidad debe encontrarse en un espacio caracterizado por no existir certeza de que su resultado habría beneficiado a su titular, pero tampoco en el que sólo exista la conjetura de una mera

expectativa de realización o evitación. Si se tiene certeza sobre la materialización del resultado final, no es posible hablar del daño consistente en la pérdida de oportunidad sino de la privación de un beneficio cierto, o si se trata de una mera conjetura o ilusión, tampoco habría lugar a la configuración de una oportunidad por no tener la intensidad suficiente para convertirse en una probabilidad razonable de alcanzarse o evitarse. Así, el requisito de la "aleatoriedad" del resultado esperado tiene enormes incidencias en el plano de la indemnización, ya que si se trata de la infracción a un derecho cierto que iba a ingresar al patrimonio de la víctima o frente al cual se debía evitar un menoscabo, su indemnización sería total, mientras que si el truncamiento es solo respecto de la expectativa cierta y razonable de alcanzar o evitar un resultado final, la posibilidad truncada sería indemnizada en menor proporción.

En ese orden de cosas, la falta de certeza o aleatoriedad del resultado esperado consistente en la obtención de un beneficio o la evitación de un perjuicio que se busca evitar es el primer elemento para proceder a estudiar los otros que se exigen para la configuración de la pérdida de oportunidad.

Certeza de la existencia de una oportunidad. *En segundo lugar se debe constatar que, en efecto, existía una oportunidad que se perdió. La expectativa legítima debe acreditar inequívocamente la existencia de "una esperanza en grado de probabilidad con certeza suficiente" de que de no haber ocurrido el evento dañoso, la víctima habría mantenido incólume la expectativa de obtener el beneficio o de evitar el detrimento correspondiente.*

Pérdida definitiva de la oportunidad. *En tercer lugar se debe acreditar la imposibilidad definitiva de obtener el provecho o de evitar el detrimento. Es indispensable que se tenga la certeza de que la posibilidad de acceder al beneficio o evitar el perjuicio fue arrancada definitivamente del patrimonio -material o inmaterial- del individuo tornándola en inexistente, porque si el beneficio final o el perjuicio eludido aún pendiera de la realización de una condición futura que conduzca a obtenerlo o a evitarlo, no sería posible afirmar que la oportunidad se perdió, ya que dicha ventaja podría ser aún lograda o evitada y, por ende, se trataría de un daño hipotético o eventual; dicho de otro modo, si bien se mantiene incólume la incertidumbre respecto de si dicho resultado se iba a producir, o no, la probabilidad de percibir el beneficio o de evitar el perjuicio sí debe haber desaparecido de modo irreversible, en la medida en que si el resultado todavía puede ser alcanzado, el "chance" aún no estaría perdido y, entonces, no habría nada por indemnizar.¹*

Frente a lo descrito, en el análisis se tiene que en efecto nos encontrábamos en un escenario de incertidumbre frente a la posibilidad de sobrevida de este paciente. Ahora bien, para

¹ CONSEJO DE ESTADO SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO SECCIÓN TERCERA SUBSECCIÓN B
Consejero ponente: RAMIRO PAZOS GUERRERO Bogotá D.C., tres (03) de abril de dos mil veinte (2020)
Radicación número: 19001-23-31-000-2005-00998-01(43034)

constatar la existencia de una oportunidad pérdida se procedió a contactar al Dr. Anderson Remolina quien fue citado en calidad de testigo, quién manifestó en la entrevista que se mantendría en su posición de paciente rescatable. Por último, el claro que se concreto la imposibilidad descrita en el tercer requisito.

4. ANALISIS DE COBERTURA.

En el presente asunto, la apoderada procedió a llamar en garantía a su compañía aseguradora, con base en la póliza 560-80-994000000293, con vigencia desde el veintiocho (28) de febrero de dos mil veintiuno (2021) hasta el veintiocho (28) de noviembre de dos mil veintiuno (2021), en la cual figura como asegurado HOSPITAL MARÍA INMACULADA, NIT 891.180.098-5, con monto asegurado de MIL MILLONES DE PESOS M/CTE (\$1.000.000.000,00).

Frente al particular se tiene que, si bien es cierto dicho documento no resulta idóneo para acreditar la cobertura con base en la modalidad *claims made*, si es claro que la cobertura en relación al hecho objeto de análisis existe en la actualidad de conformidad a las pólizas vigentes que cuentan con un periodo de retroactividad desde el **01 de enero de 2020**.

5. FORMULA DE ARREGLO QUE SE PRETENDE PRESENTAR POR EL HOSPITAL CON EL APOYO ECONOMICO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

En ese contexto, lo que se propone es tener un acercamiento con el ánimo de conciliar el 50% de las pretensiones, esto es, la suma de \$ 793.353.476.

No obstante lo anterior, se requiere de su compañía un acompañamiento económico en aras de materializar la conciliación en la audiencia programada para el **23 de abril de 2025**.

Atentamente,


CINDY TATIANA VARGAS TORO
Gerente

Proyectó: Edda R. Hoyos L.
Asesora jurídica externa