



**TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DEL DEPARTAMENTO
ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y
SANTA CATALINA**

SIGCMA

San Andrés Isla, quince (15) de marzo de dos mil veintidós (2022)

Sentencia No.051

Medio de Control	Reparación Directa
Radicado	41-001-33-31-705-2012-00113-01
Demandante	Félix Humberto Polania Cardozo y Otro
Demandado	E.S.E Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva.
Magistrado Ponente	Jesús Guillermo Guerrero González

Procedente del Tribunal Contencioso Administrativo del Huila, en desarrollo de lo dispuesto en materia de descongestión en el Acuerdo PCSJA21-11814 del 16 de julio de 2021¹, prorrogado mediante Acuerdo PCSJA21-11889 del 30 de noviembre de 2021, proferido por el Consejo Superior de la Judicatura, se encuentra el proceso de la referencia en estado de resolver el recurso de apelación, a lo cual procede la Sala de Decisión de esta Corporación.

I. OBJETO DE LA DECISIÓN

Surtido el trámite de ley, sin que se observe causal de nulidad que invalide lo actuado y debidamente integrada la Sala, procede la Corporación a decidir el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante contra la sentencia del once (11) de mayo de dos mil veinte (2020), proferida por el Juzgado Primero Administrativo de Oral del Circuito Judicial de Neiva, por la cual se dispuso lo siguiente:

“PRIMERO: PRIMERO: DECLARAR probadas las excepciones denominadas “Inexistencia de relación de causalidad entre el presunto hecho dañoso alegado por el apoderado de la parte actora y el resultado”; “No existid falla en el servicio médico por parte del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva”; “Inexistencia de culpa medica en el personal tratante”; “Inexistencia de nexo causal entre el acto médico y el daño reclamado como fuente del perjuicio”, propuestas por la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO, por las razones esgrimidas.

SEGUNDO: DECLARAR probada de oficio la excepción de falta de legitimación en la causa por activa de los señores EDGAR GUTIERREZ DÍAZ,

¹ Acuerdo PCSJA21-11814 del 16 de julio de 2021, “Por medio del cual se adopta una medida de descongestión de procesos del sistema procesal anterior a la Ley 1437 de 2011 en la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo”.

ERASMO GUTIERREZ MORA, y MARÍA DE JESUS DIAZ RUBIANO, por las razones expuestas en las consideraciones.

TERCERO: NEGAR las pretensiones de la demanda. (...)"

II. ANTECEDENTES

- DEMANDA

Félix Humberto Polania Cardoso, Olga Gutiérrez Díaz, Andrea Cristina Polania Gutiérrez, Juan Diego Polania Gutiérrez, Víctor Polania Cardoso, Evelia Polania Cardoso, Ana Julia Polania Cardoso, Carlos Cardoso, Filomeno Polania Cardoso, Erasmo Gutiérrez Mora, María De Jesús Díaz Rubiano, Edgar Gutiérrez Díaz, Doris Cardoso, instauraron demanda de reparación directa contra la ESE Hospital Universitario de Neiva "Hernando Moncaleano Perdomo", con el objeto de que se acceda a las siguientes declaraciones:

- Pretensiones

"Se declare que el ESE demandado es responsable administrativa y extracontractualmente por los daños a la vida de relación o fisiológico y moral que comprende los premium dolores ocasionados a los demandantes, por la falla medica que ocasionó la muerte del menor JMPG el día 17 de mayo de 2010; como consecuencia, se condene a la entidad demandada al pago de los perjuicios de índole moral y daño a la vida de relación de los actores."

- HECHOS

Los demandantes fundamentan su demanda en los hechos que a continuación se resumen:

Refieren que, el menor Julián Mauricio Polania Gutiérrez, hijo mayor de tres hermanos en el hogar constituido por los señores Humberto Polania Cardoso y Olga Gutiérrez Díaz, estuvo diagnosticado durante sus últimos tres años de vida con "*síndrome de Alport*" con compromiso de insuficiencia renal crónica terminal, bajo tratamiento de hemodiálisis peritoneal, siendo candidato para trasplante renal, "*no tenía un buen pronóstico de vida (sic).*"

Sostienen que, el día 14 de mayo de 2010 entre las 8:30 y las 9:00 pm, el menor J.M.P.G., fue ingresado por sus padres a la ESE Hospital Universitario de Neiva "Hernando Moncaleano Perdomo", tras recibir una llamada del jefe de la unidad de trasplantes comunicando la existencia de un donante de riñón no vivo y la posibilidad de iniciar el procedimiento de injerto.

Afirman que, el 15 de mayo de 2010 a las 2:00 am, una vez realizados los exámenes previos al trasplante, el menor ingresó a cirugía y tres horas más tarde, ya en recuperación, los padres recibieron un parte satisfactorio como resultado de la operación.

Comentan que, durante el tiempo que el menor estuvo en el área de recuperación, entraron y salieron personas sin la indumentaria necesaria para garantizar un ambiente esterilizado y a pesar de que su madre informó dicha situación a la unidad de trasplantes del hospital, temerosa por el estado de su hijo ante el suministro de medicamentos inmunodepresores, solo la invitaron a tranquilizarse asegurando que ellos sabían lo que hacían.

Enfatizan, que sobre las 5:00 pm, el menor fue trasladado a piso y al despertar tenía sed, por lo que solicitó a su madre líquidos que le fueron suministrados sobre las 8:30 pm aproximadamente por órdenes del médico cirujano, quien al no evidenciar que el menor estuviera drenando, quiso observar que reacción tenía.

Mencionan, que cerca de las 10:20 pm, el menor manifestó estar “mal”, con dolor tenso bajito y ganas de miccionar sin poderlo lograr, que se observó un sangrado en el pene que aparentemente obstruía el drenado por sonda y que de inmediato por enfermería se dio parte al médico tratante, que acudió al llamado entre las 11:00 pm y las 12:00 de la media noche, sin que después de su visita el dolor y la imposibilidad de miccionar cesara.

Ponen de presente, que a las 8:00 am del 16 de mayo de 2010 el Dr. Perdomo quien realizó la cirugía, una vez finalizó la oscultación del menor informó al señor Humberto Polania Cardoso, que su hijo presentaba un edema ordenando su inmediato traslado a la unidad de diálisis para realizar una hemodiálisis con transfusión simultánea de dos unidades de sangre, por sospecha de hemorragia en el riñón trasplantado.

Señalan que a las 10:00 am, con intenso dolor y distensión abdominal por la pérdida profusa de sangre, el menor J.M.P.G., fue conducido nuevamente a sala de cirugía donde se le practicó una extirpación del riñón, al percatarse de la obstrucción del flujo de sangre provocada por hemorragia de 1000 cc, que ocasionó necrosis en los tejidos del órgano trasplantado. El menor fue pasado a piso a las 4:00 pm.

Estiman que, a las 10:00 pm el menor despertó con dificultad respiratoria y tensión alta que fue tratada rápidamente con mascarilla de oxígeno, que tiempo después los síntomas regresaron acompañados de flema con sangre siendo necesario realizar procedimientos de reanimación y entubación para su restauración.

Precisan que, durante estas horas críticas, ni el médico tratante ni el cirujano atendió el llamado del médico internista quien ante la evidencia de edema pulmonar intentó contactarlos hasta que sin lograrlo resolvió su remisión a la Unidad de Cuidados Intensivos UCI de la institución.

Aseguran que, el menor ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos UCI sobre las 6:00 am del 17 de mayo de 2010, en malas condiciones de salud con acidosis metabólica severa, afección cardíaca severa asociada a daño en el ventrículo derecho y disfunción multiorgánica, los cuales fueron tratados con nueva hemodiálisis y con hipotensión sin obtención de mejora.

Indican que la muerte del menor se registró a las 8:50 am de 17 de mayo de 2010, por paro cardiorrespiratorio, ante la falta de respuesta al proceso reanimación realizado por los galenos durante 35 minutos.

Demandan la responsabilidad extracontractual del Estado por los daños y perjuicios causados a los demandantes, por acción u omisión en la conducta desplegada por el demandado, quienes, con su negligencia, impericia, falta del deber habido de cuidado y personal profesionalizado causaron la muerte del menor Julián Mauricio Polania Gutiérrez.

- **FUNDAMENTOS DE DERECHO**

Respecto de las normas violadas, el apoderado de la parte demandante señaló los artículos 1, 2, 5, 6, 11, 42 y 90 de la Constitución Nacional; 78, 86 y 206 del C.C.A.; 4, 5 y 8 de la Ley 153 de 1887 y demás leyes vigentes y concordantes.

- **CONTESTACIÓN**

Hospital Universitario “Hernando Moncaleano Perdomo”

El apoderado judicial del Hospital Universitario “Hernando Moncaleano Perdomo” de Neiva, se opuso a todas y cada de las pretensiones de la demandada por carecer de fundamento factico y jurídico.

La demandada contestó a los hechos, que la relación cronológica desarrollada por el apoderado judicial de los demandante demuestra la respuesta oportuna y diligente del hospital a cada una de las situaciones descritas, afirmó ser es cierto, que el menor J.M.P.G., estaba diagnosticado por la E.P.S. Confamiliar de Huila con el “*síndrome de Alport*” con compromiso de insuficiencia renal crónica terminal, quienes lo trataron durante tres años y medio y, que dicho caso solo fue conocido

por el centro hospitalario cuando el menor fue seleccionado para el trasplante de riñón y que si el menor no tenía un buen pronóstico de vida tal como lo indicó la parte activa, en términos médicos eso significa que el menor tenía “*pocas posibilidades de vivir.*”

Explicó, que el “*síndrome de Alport*” o mal de Alport es una enfermedad genética inflamatoria, de origen hereditario, asociada al cromosoma “X”(XQ22) debido a la mutación del gen COL4A5 que codifica la cadena alfa-5 del colágeno tipo IV, el cual produce una alteración en la síntesis del colágeno tipo IV, afectando los riñones, oídos y ojos, causando sordera, trastornos en la vista e inflamación en los riñones, que generalmente progresa de falla renal crónica a terminal, requiriendo diálisis o trasplante de riñón.

Resaltó, que la entidad al comunicarse con los familiares sobre la disponibilidad del trasplante especificó que se trataba de un órgano “no vivo”, por lo que resultaba crucial que el traslado del menor fuera inmediato y, tal como lo expuso el demandante, los procedimientos prequirúrgicos fueron iniciados al tiempo que el paciente ingresó al hospital.

El hospital negó que el menor estuviera expuesto a contagio durante los períodos post-operatorios, por cuanto existió un control ingente frente al ingreso de terceros a la unidad médica y sostuvo que los dolores que le aquejaron durante la recuperación estaban contemplados en la literatura médica al ser una consecuencia normal a toda cirugía experimentar dolencias, máxime, tratándose de una operación de trasplante que implica el acoplamiento del cuerpo a un órgano externo. Afirmó también que los problemas respiratorios, la reacción a medicamentos, el sangrado, dolor e infección, son procesos asociados al uso de anestesia general y no pueden ser atribuidos a la conducta del personal médico.

Agregó, que después del procedimiento quirúrgico el menor presentó un edema o hinchazón por retención de líquidos, el cual fue tratado con hemodiálisis el 16 de mayo de 2010, seguido de nueva intervención quirúrgica, donde se encontró una hemorragia de 1000 CC, que produjo una obstrucción del flujo sanguíneo e inmediata necrosis del riñón que conllevó a la extirpación del órgano.

Insistió, que en este tipo de procedimiento se hace saber al paciente y a sus familiares la posibilidad de rechazar el órgano trasplantado y que, de ese conocimiento se dejó constancia con el consentimiento informado firmado en este caso por el menor y por su madre. Mencionó que el rechazo de órganos

trasplantados puede presentarse entre un 60% y un 85%, sin precisar el origen de dicho dato.

Manifestó que sobre las 6:00 am del 17 de mayo de 2010, el menor ingresó a UCI en mal estado, con afección cardiaca severa, compromiso del sistema respiratorio, renal, hemodinámico y de coagulación, que equivale a una falla multisistémica tratada por el equipo médico especializado con otra hemodiálisis y reanimación cardiopulmonar avanzada de treinta y cinco (35) minutos, sin optima respuesta, razón por la cual se declaró su muerte.

Propuso como excepciones de mérito o fondo las que denominó: inexistencia de relación de causalidad entre el presunto hecho dañoso alegado por el apoderado de la parte actora y el resultado, no existió falla en el servicio médico por parte del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, inexistencia de culpa médica en el personal tratante e, inexistencia de nexo causal entre el acto médico y el daño reclamado como fuente del perjuicio.

Previsora S.A. Compañía De Seguros

La E.S.E Hospital Universitario de Neiva “Hernando Moncaleano Perdomo”, llamó en garantía a la Previsora S.A. Compañía De Seguros con ocasión a la póliza de seguros No. 1001561 tomada entre el 18 de febrero de 2010 y el 18 de febrero de 2011, por la entidad hospitalaria de tercer nivel con el objeto de respaldar la responsabilidad civil extracontractual, derivada de la prestación de servicios de salud, que se encontraba vigente para la época del daño alegado, el cual se advierte causado entre el 15 y el 17 de mayo de 2010.

La Previsora S.A. Compañía de Seguros, recorrió el llamado aceptando la relación contractual y limitando el respaldo de las obligaciones contraídas a los límites del contrato de seguros.

A los hechos, la aseguradora se opuso todas las pretensiones de la demanda y afirmó no ser cierto que la ESE de Neiva actuara con negligencia, por lo tanto, el fallecimiento del menor no puede ser atribuible a la asegurada, puesto que practicó todos los procedimientos necesarios para salvarle la vida y formuló como excepciones de mérito a la demanda: falta de cobertura por aplicación de la cláusula *claims made*, establecida al contrato de seguros; prescripción de la acción para afectar el contrato de seguros; inexistencia de culpa y relación de causalidad; acto médico que entraña riesgo a la vida; límite del valor asegurado; aplicación del

deducible establecido en el contrato de seguros; no amparo de la responsabilidad civil profesional; disponibilidad y agotamiento del valor asegurado; de las condiciones generales establecidas para el contrato de seguros de responsabilidad civil No. 1001561 y excepción innominada.

- SENTENCIA RECURRIDA

Cumplido el trámite legal correspondiente, el Juez Primero Administrativo de Oral del Circuito Judicial profirió sentencia No. 038, declarando no probada la responsabilidad administrativa de la ESE Hospital Universitario de Neiva “Hernando Moncaleano Perdomo”, en tanto, la obligación médica es de medio y no de resultado, principalmente cuando el panorama descrito de cara a la atención brindada por la demandada en la historia clínica y las conclusiones de la auditoría médica, permitían inferir de manera incontrovertible, que la prestación del servicio fue adecuada y el desenlace fatal no pudo haberse evitado, toda vez, que la parte actora no demostró que la prestación del servicio fue equivocada o fallida y que el menor si tenía una gran oportunidad de sobrevivir.

Analizado el asunto, el *A quo* aseguró que la declaración del Dr. Mauricio Osorio Manrique, internista urólogo que atendió al menor durante la diálisis peritoneal automatizada, durante 26 meses anteriores al trasplante, apoyando la responsabilidad médica de la demandada, a la luz de la lógica y la sana crítica carece de valor probatorio, al ser fruto de los hechos relatados por la madre del menor y no de la lectura consciente a la historia clínica, toda vez, que durante la deposición fue reiterativo en contestar que no tuvo conocimiento del contenido de este documento.

Señaló también, que la auditoría clínica sobre la oportunidad y pertinencia en la atención médica, dio cuenta de actuaciones diligentes y cuidadosas brindadas por el equipo interdisciplinario a disposición del ente demandado de acuerdo a la ocurrencia de los hechos, sin evidencia de fallas insalvables o determinantes en la muerte del menor, por el contrario, *“solo denota la ausencia de nefróloga en la cirugía, sin que ello frente al resto del cardumen probatorio permita deducir que esa falencia llevó al resultado funesto.”*

Igualmente, desestimó la alegada demora en el traslado a UCI, como quiera que la norma estipula una duración no menor a tres (3) horas para ser materializado, dando cumplimiento al subproceso de desinfección de cama y solo cuando la

función cardiovascular del paciente estuviera comprometida, y en el caso concreto el traslado del menor solo tomó dos (02) horas.

Para finalizar, el despacho estudió la concurrencia de hechos constitutivos de pérdida de chance u oportunidad a partir de lo dispuesto por la jurisprudencia, sin embargo, al no poderse determinar que el paciente sufriendo del síndrome de Alport, tenía una expectativa legítima de recuperar su salud y tener una larga vida dicha pretensión no prosperó.

RECURSO DE APELACIÓN

Inconforme con la decisión la parte demandante interpone recuso de apelación solicitando la revocatoria de la sentencia de primera instancia, en el sentido de declarar la responsabilidad administrativa y patrimonial de la demandada en la muerte del menor J.M.P.G., el día 17 de mayo de 2010 a las 9:00 am.

En concreto, el apoderado judicial fundamentó la alzada en la indebida valoración o errónea interpretación de las pruebas relacionadas en la sentencia, por cuanto el análisis de la historia clínica no aterrizó en: i) la falta de celeridad, contundencia y eficacia de los procedimientos médicos operatorios, ii) no hubo pronunciamiento respecto a la ausencia de consentimiento informado de los padres frente a cada una de las intervenciones quirúrgicas realizadas, no se ahondó en iii) la omisión de la entidad en la práctica del examen eco dopler de trasplante renal ordenado, iv) ni se corroboró que los tratamientos de hemodiálisis se hubieran realizado correctamente, pues de haberse surtido un estudio acucioso del material probatorio se hubiera acreditado la falla en la prestación del servicio deprecado.

El recurrente sostuvo que el consentimiento informado debió ser suscrito por quien tenía la capacidad jurídica para expresar su voluntad, pues de lo contrario no podría encontrarse acreditado el conocimiento de los riesgos que constituye el realizar un tratamiento, cirugía o procedimiento médico, por esa razón, al encontrarse probado que la entidad demandada realizó cada intervención amparados en la firma del menor, no existe certeza de que quienes estaban en capacidad de asumir el riesgo aceptarían realizarle esos procedimientos, en tanto que el plenario solo da cuenta de una autorización firmada por sus padres el 14 de mayo de 2010, mucho antes de realizarle el trasplante el 15 de mayo de 2010.

Relató que, sobre las 5:30 pm de ese día, el paciente fue pasado a piso en regulares condiciones generales, presentando entre otros síntomas anuria prolongada indicando que dichas contingencias fueron conjuradas por los médicos tratantes

con ecografía vesical para descartar el “*lobo vesical*,” reforzando la diuresis y ordenando la práctica de un eco doppler de trasplante renal de manera urgente, el cual, de acuerdo con las notas de enfermería sucesivas no le fue realizado al paciente.

Así mismo, puso de presente que en la historia clínica no se encuentra acreditado que la hemodiálisis ordenada con posterioridad le haya sido realizada, en tanto no se dejó constancia de su práctica ni de los resultados del procedimiento.

Finalmente, expresó que de haberse realizado el examen de eco doppler y el procedimiento médico de hemodiálisis antes mencionado de forma eficaz y diligente, se hubiera detectado por parte de los médicos que el trasplante de riñón había fallado por hematoma perineal y obstrucción del flujo sanguíneo encontrando el riñón necrótico o muerto, prolongando en el tiempo la vida del paciente.

- ALEGATOS DE CONCLUSIÓN

Hospital Universitario “Hernando Moncaleano Perdomo”

Contrario a lo referido por el recurrente, la demandada alegó que al paciente se le realizaron todos los exámenes prequirúrgicos requeridos para la práctica del procedimiento de trasplante renal y se le aplicaron los antibiótico-terapia e inmunosupresores necesarios para inhibir la activación de células que pudiesen atacar el órgano trasplantado, no obstante, pese a todas las medidas adoptadas por el cuerpo médico tratante ocurrió el rechazo al trasplante, situación que a su juicio no puede ser imputable a la demandada, por cuanto su obligación era tomar todas las precauciones del caso, más no evitar el rechazo del órgano, ya que este constituye un riesgo inherente al procedimiento y es la principal complicación tras el trasplante renal.

Aseguró que, en la historia clínica de Julián Mauricio Polanía Gutiérrez, reposa el consentimiento informado dado por los padres del menor y el paciente, para la realización del procedimiento y que ello no constituye falla alguna en el servicio médico suministrado el hecho que el documento que contiene el consentimiento tenga una fecha anterior a la práctica del acto quirúrgico por cuanto lo reprochable sería que tuviese una fecha posterior a la cirugía, siendo lo lógico que el documento se hubiese realizado previamente a la ejecución del acto ya que el paciente había

sido programado para el trasplante con anterioridad a la práctica del mismo hallándose tan solo a la espera de un donante.

Añadió que, que la ausencia de consentimiento informado no fue alegada por la parte actora como un hecho dañino en el escrito de demanda y por ende tampoco objeto de debate probatorio, por tal motivo constituye una evidente falta de lealtad procesal las acusaciones realizadas en esta instancia procesal por el recurrente.

Indicó que, si bien la ecografía doppler permite verificar perfusión de un injerto, ante la gravedad del paciente el cirujano vascular siempre preferirá realizar una reintervención, debido a lo catastrófico que son las complicaciones vasculares, especificando que, en el caso en particular, el paciente fue llevado a quirófano y se encontró una trombosis arterial con la pérdida del injerto, apoyado en la declaración del Dr. Jorge Cubillos Gutiérrez, médico especialista en cirugía urológica y trasplante renal, quien manifestó:

“Las complicaciones que presentó el paciente JULIAN no fueron consecuencia de una ecografía, las complicaciones de trombosis arterial y edema pulmonar son complicaciones inherentes al acto quirúrgico que conllevan la primera a pérdida del injerto renal y la segunda incluso a un fallecimiento, a este paciente se le realizaron los tratamientos adecuados, pero desafortunadamente debido a la gravedad de la complicación no se le pudo salvar la vida al paciente.”

Adujo, que en la historia clínica contiene las notas médicas que indican que al paciente se le realizó hemodiálisis previamente a la práctica de nefrectomía de injerto renal, por ende carecen de total sustento las acusaciones realizadas por la parte actora en el escrito impugnatorio, aunado a lo anterior los médicos tratantes manifestaron que el paciente debía ser estabilizado previamente a la práctica de hemodiálisis lo cual no constituye una falla en la prestación del servicio pues son los médicos tratantes quienes según su conocimiento y experiencia como contacto directo con el paciente determinan el tratamiento a suministrar de acuerdo al cuadro clínico a tratar.

En conclusión, para el demandado las fallas alegadas por los demandantes son simples elucubraciones que no tienen asidero en la historia clínica del paciente, pues de la simple lectura de la historia clínica se desprende el actuar diligente del hospital, quien realizó un seguimiento continuo de las condiciones clínicas del paciente lo cual permitió suministrar al menor una atención adecuada y oportuna a través de un cuerpo médico altamente calificado y multidisciplinario.

Félix Humberto Polania Cardoso y Otro

La parte demandante guardo silencio.

La previsor S.A.

la compañía de seguros guardo silencio.

- **MINISTERIO PÚBLICO**

El Ministerio Público en esta oportunidad guardó silencio.

- **ACTUACIÓN PROCESAL**

El Juzgado Primero Administrativo Oral del Circuito Judicial de Neiva, Huila, profirió sentencia el once (11) de mayo de dos mil veinte (2020), en el sentido de negar las pretensiones de la demanda.²

La parte demandante interpuso dentro de la oportunidad procesal recurso de apelación contra la sentencia proferida, el cual fue admitido mediante auto de fecha catorce (14) de enero de dos mil veintiuno (2021), por el Tribunal Contencioso Administrativo de Huila, Neiva, Sala Quinta de Decisión³ y por medio de auto veintiocho (28) de enero de dos mil veintiuno (2021),⁴ corrió traslado a las partes por el término de 10 días para alegar de conclusión, oportunidad que aprovecho la demandada para pronunciarse frente al recurso. La llamada en garantía, los demandantes y el delegado del Ministerio Público guardaron silencio.

En desarrollo de lo dispuesto en materia de descongestión en el artículo 2º del Acuerdo No. PCSJA21-11814 del 16 de julio de 2021, prorrogado mediante Acuerdo PCSJA21-11889 del 30 de noviembre de 2021, proferido por el Consejo Superior de la Judicatura, se remitió el expediente al Tribunal Administrativo del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina.

Mediante auto del 20 de agosto de 2021, esta Corporación, avocó el conocimiento del presente proceso.⁵

² Folio 398-414 del cuaderno principal 2

³ 005AdmiteRecurso.pdf

⁴ 009-TrasladoAlegato.pdf

⁵ 017AutoAvoca.pdf

III.- CONSIDERACIONES

La Sala se limitará únicamente a conocer de los puntos materia del recurso de conformidad con la competencia del superior según lo establecido en el artículo 328 del Código General del Proceso.⁶

- COMPETENCIA

Los Tribunales Administrativos son competentes para resolver el recurso de apelación contra las sentencias proferidas en primera instancia por los jueces administrativos, de conformidad con lo establecido en el artículo 153 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

En este orden, el Tribunal Contencioso Administrativo del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina es competente, para conocer del recurso de apelación interpuesto por los demandantes contra la sentencia que dictó el Juzgado Primero Administrativo Oral del Circuito Judicial de Neiva, Huila, en atención a lo dispuesto en materia de descongestión en el artículo 2º del Acuerdo No. PCSJA21-11814 del 16 de julio de 2021, proferido por el Consejo Superior de la Judicatura.

- PROBLEMA JURÍDICO

Como interrogante abstracto la Sala deberá determinar ¿Si la decisión proferida con la sentencia de primera instancia se acompasa al material probatorio y a los presupuestos jurisprudenciales emanados por el Consejo de Estado en torno a la responsabilidad extracontractual del Estado a partir de los postulados del artículo 90 de la Constitución Política de Colombia?

⁶ **ARTÍCULO 328. COMPETENCIA DEL SUPERIOR.** El juez de segunda instancia deberá pronunciarse solamente sobre los argumentos expuestos por el apelante, sin perjuicio de las decisiones que deba adoptar de oficio, en los casos previstos por la ley.

Sin embargo, cuando ambas partes hayan apelado toda la sentencia o la que no apeló hubiere adherido al recurso, el superior resolverá sin limitaciones.

En la apelación de autos, el superior sólo tendrá competencia para tramitar y decidir el recurso, condenar en costas y ordenar copias.

El juez no podrá hacer más desfavorable la situación del apelante único, salvo que en razón de la modificación fuera indispensable reformar puntos íntimamente relacionados con ella.

En el trámite de la apelación no se podrán promover incidentes, salvo el de recusación. Las nulidades procesales deberán alegarse durante la audiencia.

De manera específica, le corresponde al Tribunal establecer: Si la conducta desplegada por la E.S.E Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, Huila, es responsable patrimonialmente del pago de los perjuicios reclamados por los demandantes a título de falla del servicio médico asistencial, en relación con la muerte del menor Julián Mauricio Polania Gutiérrez (q.e.p.d.).

- **TESIS**

La Sala de Decisión de esta Corporación, en tanto, no encuentra probada la responsabilidad patrimonial de la E.S.E Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, Huila, por los perjuicios causados a los demandantes confirmará la sentencia impugnada.

- **MARCO NORMATIVO Y JURISPRUDENCIAL**

Responsabilidad del Estado: Falla del Servicio Médico

De acuerdo con 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 públicas; responsabilidad que se hace patente cuando se configura un daño antijurídico, entendido este, como aquel sufrido por un sujeto que no tiene el deber jurídico de soportar el perjuicio.⁷

Así, el Consejo de Estado ha señalado que los elementos que sirven de fundamento a la responsabilidad son en esencia el daño antijurídico, esto es la lesión patrimonial o extrapatrimonial sufrida por la víctima sin que tenga el deber de soportarla, y la imputación, como la atribución que de esa lesión se hace al Estado a partir de la acreditación de los títulos que corresponden a los diferentes sistemas de responsabilidad.

En relación con la falla del servicio médico, en principio la jurisprudencia habló de un régimen basado en el deber de probar a cargo del actor del proceso judicial, de suerte que a quien correspondía acreditar la totalidad de los elementos que integran la responsabilidad extracontractual era al accionante, y a su vez, la entidad hospitalaria debería demostrar que su conducta fue diligente o cuidadosa.

Sin embargo, en 1992, dicho criterio fue revaluado por el Consejo de Estado, dándose campo a un régimen de presunción de la falla, al estimarse que la prueba de la diligencia y el cuidado correspondía al demandado en atención a la capacidad

⁷ Sentencia del 13 de agosto de 2008; Exp. 17042; C.P. Enrique Gil Botero

en que se encuentran los profesionales de la salud de satisfacer los cuestionamientos que puedan formularse contra sus procedimientos,⁸ dado sus conocimientos técnicos. De suerte que se estableció en cabeza de la entidad una presunción de hecho, que en términos del Doctor Enrique Gil Botero suponía *“prima facie, en cada caso concreto, que el daño antijurídico en la atención médico – hospitalaria (...) derivaba de la ocurrencia de una falla del servicio (...)”*⁹

No obstante, la aplicación generalizada de la presunción de la falla en el servicio y las lagunas conceptuales de la misma, permitieron la postulación de una teoría de la carga dinámica de la prueba, según la cual el juez debe establecer en cada caso concreto cuál de las partes está en mejores condiciones de probar.

En efecto, señaló el Consejo de Estado,¹⁰ que las circunstancias relevantes para establecer la actuación debida o indebida de la administración tienen implicaciones técnicas y científicas y en tal medida habrá situaciones en las que, es el paciente quien se encuentra en mejor posición para demostrar ciertos hechos, siendo entonces necesario el dinamismo de las cargas, cuya aplicación se hace imposible ante el recurso obligado a la teoría de la falla presunta, donde simplemente se produce la inversión permanente del deber probatorio.

Empero, de forma reciente la jurisprudencia de la Máxima Autoridad Contenciosa Administrativa cambió su postura, haciendo énfasis en que es al actor a quien corresponde asumir la carga de probar los elementos de la responsabilidad, regresando al régimen general de la falla probada, que señala la obligación de acreditarse en el proceso todos los elementos que la configuran, a través de todos los medios probatorios legalmente aceptados, destacándose entonces la utilidad de la prueba indiciaria¹¹ construida con fundamento en las demás pruebas que obran en el proceso, para demostrar el nexo causal entre la actividad médica y el daño. En este sentido, consideró el órgano de cierre:

*“La responsabilidad estatal por fallas en la prestación del servicio médico asistencial no se deriva simplemente a partir de la sola constatación de la intervención de la actuación médica, sino que debe acreditarse que en dicha actuación no se observó la *lex artis* y que esa inobservancia fue la causa eficiente del daño. Esa afirmación resulta relevante porque de conformidad con lo previsto en el artículo 90 de la Constitución, el derecho a la reparación se fundamenta en la antijuridicidad del daño, sin que sea suficiente verificar que la víctima o sus beneficiarios no estaban en el deber jurídico de soportarlo para que surja el derecho a la indemnización, dado que se requiere que dicho daño*

⁸Sentencia del 30 de julio de 1992. Consejo de Estado - Sección Tercera, M.P. Daniel Suárez Hernández. Exp. 6897.

⁹ Enrique Gil Botero. Responsabilidad Extracontractual del Estado, Editorial Temis S.A. Bogotá, Colombia, 2013, pág. 549

¹⁰ Sentencia del 10 de febrero de 2000. Sección Tercera, M.P. Alier Hernández Enríquez. Exp. 11878

¹¹ Ruiz Orejuela Wilson. Responsabilidad del Estado y sus regímenes. Ecoe Ediciones. 4ªEdición. 2019.Pp. 126

sea imputable a la administración, y sólo lo será cuando su intervención hubiera sido la causa eficiente del mismo.”¹²

Por lo que no basta el cuestionamiento que hace el actor a la pertinencia o idoneidad de los procedimientos ejecutados por el personal médico de una entidad, pues a su cargo está probar dichas falencias y la ocurrencia del perjuicio como consecuencia de las mismas, pudiendo para ello, incluso recurrir a la prueba indiciaria dada la complejidad de los conocimientos científicos que involucra dicho debate, a fin de establecer la presencia de la falla endilgada.

Así, para demostrar el nexo de causalidad entre el daño y la intervención médica, el accionante podrá hacer uso de todos los elementos probatorios legalmente permitidos, siendo los indicios la prueba por excelencia, dada la dificultad de obtener la prueba directa que compruebe la actuación contraria a los postulados de la *lex artis*, o el funcionamiento anormal del servicio médico, pues estos provienen de las pruebas documentadas y controvertidas dentro del proceso.

La historia clínica como prueba de la prestación del servicio.

A partir de los pronunciamientos del Consejo de Estado,¹³ la Sala entiende que el acto médico en un complejo que abarca también las obligaciones consagradas en la Ley 23 de 1981, especialmente aquellas referidas a la apertura, manejo, custodia, archivo y conservación de la **historia clínica**, como elemento esencial en la documentación de la actividad médica prestada en un caso concreto. Tal como lo establecía dicha ley, normatividad vigente para la época de los hechos,¹⁴ la cual, contiene una serie de obligaciones a las que deben sujetarse las entidades que integran el Sistema Nacional de Salud, respecto de la historia clínica se encuentran las siguientes:

“ARTICULO 34. La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado sometido a reserva que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley.

ARTICULO 36. En todos los casos la Historia Clínica deberá diligenciarse con claridad. Cuando quiera que haya cambio de médico, el reemplazado está obligado a entregarla, conjuntamente con sus anexos a su reemplazante.”
(Subrayado por la Sala)”

Conforme a lo anterior, esta Sala ha establecido la necesidad de:

¹² Sentencia de marzo 22 de 2012 Consejo de Estado - Sección Tercera, Subsección B, M.P. Ruth Stella Correa Palacio. Exp. 23132

¹³ CONSEJO DE ESTADO Sala de lo Contencioso Administrativo Sección Tercera Subsección C consejero ponente: Jaime Orlando Santofimio Gamboa Bogotá D.C., veinticuatro (24) de abril de dos mil trece (2013). Radicación número: 66001-23-31-000-1999-00494-01(26923)

¹⁴ Parcialmente modificada por las Resoluciones 1995 de 8 de julio de 1999; 1715 del 13 de junio de 2005 y 58 de 2007.

“(…) Elaborar historias clínicas claras, fidedignas y completas, las cuales permitan garantizar el adecuado seguimiento y el acierto en el diagnóstico y en la atención de los pacientes, así como también el pertinente control posterior, tanto interno por parte del centro médico asistencial, como externo por parte de entidades de vigilancia o del propio juez, de suerte que se haga posible el conocimiento y la fiscalización efectiva del proceder de los galenos, tal como resulta necesario dentro de los procesos a los cuales da lugar el ejercicio de la acción de reparación directa por parte de los ciudadanos que se sienten perjudicados por la acción o la omisión de las instituciones que prestan este tipo de servicios o del personal a su cargo (…)”

Para el cumplimiento de la obligación de elaborar una historia clínica conforme al deber normativo, deben satisfacerse ciertos criterios: a) claridad en la información (relativa al ingreso, evolución, pruebas diagnósticas, intervenciones, curaciones o profilaxis, tratamientos, etc.); b) fidelidad en la información que se refleje y que corresponda con la situación médica del paciente y, con el período en el que se presta la atención médica; c) que sea completa tanto en el iter prestacional, como en la existencia de todo el material que debe reposar en los archivos de la entidad de prestación de la salud; d) debe dejarse consignado dentro de la historia clínica de manera ordenada, cronológica y secuencial toda la información de diagnóstico, tratamientos, intervenciones quirúrgicas, medicamentos y demás datos indispensables que reflejen el estado de salud del paciente; e) debe orientar y permitir la continuidad en la atención y proporcionar al médico la mejor información, posible, para adoptar decisiones sin improvisación para así ofrecer las mejores alternativas médicas, terapéuticas y/o quirúrgicas, siempre con el objetivo de resguardar la eficacia del derecho a la salud consagrado en el artículo 49 de la Carta Política.¹⁵

Consentimiento informado

Respecto del consentimiento informado del paciente para la realización de procedimientos médicos o suministro de medicamentos, la jurisprudencia¹⁶ ha precisado que deben reunirse los siguientes elementos:

- i) El médico debe dar a conocer a las personas los procedimientos convenientes para restablecer o mejorar la salud; las ventajas y sus riesgos y las eventualidades que puedan llegar a presentarse en su curso con ocasión de o con posterioridad de la intervención, es decir, de señalar

¹⁵ Tal postura ha sido reiterada en sentencias de la Subsección C de la Sección Tercera del Consejo de Estado de 1º de febrero de 2012, expediente 22199 y de 25 de abril de 2012, expediente: 19602

¹⁶ Consejo de Estado. Sección tercera. Rad. No. 76-001-23-31-2010-02095-01

los efectos directos y colaterales del tratamiento sobre una persona y la existencia de medios alternativos;

- ii) La información debe ser proporcionada de manera clara, completa, explicada e inteligible para el paciente, quien, además,
- iii) Debe expresar el consentimiento de manera clara, inequívoca, libre de coacción, es decir, libre de vicios y en uso de sus facultades cognitivas.

La información que suministra el médico es un presupuesto para que el paciente ejerza de manera autónoma el derecho a decidir sobre su propio cuerpo, de allí su carácter trascendental en materia de procedimientos médicos, más aún cuando se parte del supuesto de su ignorancia en estos asuntos, ha dicho el Consejo de Estado.

*“(...) Adicionalmente, la jurisprudencia constitucional ha señalado que, de acuerdo con la naturaleza o la intensidad de la intervención en la salud, en ciertos casos se requiere de un consentimiento informado cualificado, como es el caso de las intervenciones relacionadas con esterilización. En efecto, entre mayor sea el carácter extraordinario, invasivo, agobiante o riesgoso, del tratamiento médico, “más cualificado debe ser el consentimiento prestado por el enfermo y mayor la información que le debe ser suministrada”. (...) La jurisprudencia de esta Sección del Consejo de Estado ha reiterado que, cuando los procedimientos quirúrgicos o médicos se realizan bajo una adecuada práctica profesional y no se demuestra ningún tipo de falla en la intervención, pero que, a pesar de ello, el paciente fallece o su cuadro clínico empeora, **la entidad prestadora del servicio de salud quedará exonerada de responsabilidad extracontractual si al paciente o a su representante se le informó, de manera adecuada, sobre los riesgos que tenía la intervención y estos se materializaron.** (...) Como se observa, en casos en los cuales se ha comprobado que el proceder de los médicos ha sido el adecuado, pero fue ausente del consentimiento informado, puede abrirse la opción para la indemnización de perjuicios morales, en tanto si bien, la salud del paciente no empeoró, no fue informado del riesgo que tenía la intervención; por tanto, la conclusión lógica es que, en caso de haber existido dicho consentimiento, la materialización del riesgo no comprometía la responsabilidad de la entidad demandada.”*

- CASO CONCRETO

Conforme las pruebas allegadas al plenario, para la Sala se encuentra plenamente acreditada la existencia de un **daño** cierto, determinado y consumación en la muerte del menor Julián Mauricio Polania Gutiérrez, el 17 de mayo de 2010 a las 9:50 am, diagnosticado con “síndrome de Alport,” el cual comprometía gravemente sus riñones causando insuficiencia renal crónica en etapa terminal; además, se evidenció en el proceso que, a pesar de habersele realizado el trasplante de riñón en la ESE Hospital Universitario de Neiva el 15 de mayo de 2010 y nefrectomía el 16 de mayo de 2010, el menor no logró superar el umbral de vida y falleció como quedó consignado en la epicrisis de egreso aportada con la historia clínica que

reposa en el cuaderno de pruebas No. 01 y en el Registro Civil de Defunción No. 06927551 expedido por la Registraduría Seccional de Huila, Neiva, ¹⁷ que da cuenta de la fecha y hora de su deceso.

En el caso objeto de estudio, la parte activa de la litis derivó del actuar negligente, imprudente y falta del deber habido de cuidado, el título de imputación de falla del servicio con el cual comprometió la responsabilidad de la entidad demandada, atribuyendo a su conducta la causa de muerte por la deficiente atención en el servicio de salud brindado durante el proceso de hospitalización al menor J.M.P.G., al afirmar que las omisiones en la práctica de procedimientos médicos y la ausencia de un consentimiento informado, como mínimos para garantizar la eficiencia en la prestación del servicio de salud ofrecido, resultaron determinantes para la concreción del daño, sin embargo, el Juzgado Primero Administrativo Oral del Circuito Judicial de Neiva, Huila, luego de surtir las etapas procesales correspondientes determinó que el hecho generador del daño obedeció a la naturaleza y complejidad de la patología del paciente y negó las pretensiones de la demanda.

De ahí, que el gestor judicial de la demanda presentara recurso ordinario de apelación señalando que la sentencia acusada valoró de manera errada los elementos de juicio recaudados en la etapa probatoria, al considerar no probada la falla del servicio invocada, formulando los siguientes cargo: i) la falta de celeridad, contundencia y eficacia de los procedimientos médicos operatorios; ii) ausencia de consentimiento informado; iii) omisión en la práctica de la ecografía doppler de trasplante renal ordenado y iv) omisión en el traslado del paciente para realizar el tratamiento de hemodiálisis.

Al descorrer el traslado para alegar de conclusión, la parte demandada afirmó que al paciente se le realizaron todos los exámenes prequirúrgicos requeridos para la práctica del procedimiento de trasplante renal y que se le aplicó la antibioticoterapia e inmunosupresores necesarios para inhibir la activación de células que pudiesen atacar el órgano trasplantado y pese a ello, el cuerpo del menor rechazó el trasplante.

Manifestó igualmente, que en la historia clínica del menor reposa el consentimiento informado dado por él y sus padres, pese a considerar su ausencia no fue alegada por la parte actora como un hecho dañino en el escrito de demanda y por tal motivo no debía ser aludido en esta etapa, pues hacerlo constituía una falta de lealtad

¹⁷ Folio 39 del cuaderno principal

procesal, precisando, que la ecografía doppler no se realizó por la gravedad del paciente, la cual exigía una intervención inmediata para determinar el origen de la falla y que el tratamiento de hemodiálisis tal como reposa en las pruebas aportadas sí se le practicó.

Por consiguiente, teniendo clara la posición litigiosa de los extremos procesales y los reparos que en concreto se formulan contra la sentencia recurrida, de cara a la **imputación jurídica**, se hace necesario analizar cada uno de los cargos invocados a la luz de las piezas procesales aportadas a fin de determinar la concurrencia o no de elementos constitutivos de responsabilidad.

Primer cargo: La falta de celeridad, contundencia y eficacia de los procedimientos médicos operatorios.

En ese sentido, el apoderado judicial de la demandante fundamentó la alzada en la indebida valoración o errónea interpretación de las pruebas relacionadas en la sentencia, por cuanto el análisis de la historia clínica no aterrizó en la falta de celeridad, contundencia y eficacia de los procedimientos médicos operatorios, que determinaron el deceso del menor.

En respaldo de sus afirmaciones reposa la declaración testimonial solicitada por la actora y rendida por el médico internista, especialista en nefrología Mauricio Osorio Manrique,¹⁸ quien labora en nefrouros, unidad renal asociada a la Clínica Confamiliar, que trató al menor desde los 14 años de edad en terapia de reemplazo renal, con diálisis peritoneal automatizada hasta su trasplante, quien aseguró que hoy en día es inaudito que un paciente fallezca por trasplante renal, pues el injerto puede fallar pero esta la opción de la diálisis que le permite vivir si el injerto se pierde, *“si esta se realiza en cuanto el trasplante falla”*. *“Si se tiene sospecha de que algo no anda bien con el riñón trasplantado, por no evacuar líquidos o hay dolor en el área del riñón, hay que seguir los protocolos y estar atentos a los síntomas del paciente, diuresis, presión arterial exámenes de laboratorio, y en este caso, por el dolor, una ecografía doppler del injerto renal, se puede saber si el riñón y el paciente, están bien o mal, además la valoración por nefrólogo y cirujanos de trasplante- “*

Empero, sus apreciaciones resultan insuficientes para determinar que los procedimientos médicos operatorios practicados al menor no fueron eficientes o que la entidad no actuó con celeridad y contundencia, como quiera, que el galeno

¹⁸ Fol. 275-282 C. 2

no tiene certeza del protocolo médico desplegado por la institución para conjurar la sintomatología sobreviniente al injerto del riñón, pues, tal como lo manifestó durante su devolución, desconoce el contenido de la historia clínica del paciente ya que sus conclusiones fueron construidas de acuerdo a lo manifestado telefónicamente por la madre del menor.

Por otro lado, la auditoria clínica realizada al caso del menor Julián Mauricio Polanía Gutiérrez, en punto a la oportunidad y pertinencia en la atención intrahospitalaria brindada al paciente, reveló una demora en el inicio de la terapia dialítica, y en la valoración por urología, pero señaló que ambos casos el retrasos estuvo debidamente justificado, el primero porque la terapia dialítica debía ser precedida por la corrección de la anemia ocasionada por la hemorragia perineal del trasplante, ya que el menor presentaba poca sangre para garantizar el tratamiento de hemodiálisis y el segundo, porque en el lapso de tiempo en que debió llevarse la valoración del paciente, el especialista estaba realizando una cirugía de rescate de dos riñones, lo cual descarta negligencia o falta en el deber habido de cuidado.

Sumado a lo anterior, el auditor indicó en su informe que los medicamentos de inmunosupresión y antibioterapia, fueron suministrados de manera temprana en concordancia con la norma; que su aplicación cumplió con el esquema protocolario de rescate de órgano y con los procedimientos completos de sondeo de viabilidad para la selección de riñón; que se obedecieron los protocolos dispuestos para los estudios prequirúrgicos; que hubo un seguimiento estricto al esquema de medicamentos y antibioterapia; que se realizó la exploración quirúrgica dando cumplimiento a la estrategia de búsqueda y seguimiento obteniéndose diagnóstico del problema que concurrió a una de las complicaciones del postrasplante, como lo fue la hemorragia perineal del injerto; que el paciente recibió trasplante renal de donante cadavérico, en donde se emplearon las estrategias protocolarias dispuestas para el éxito de este procedimiento que desafortunadamente, terminó complicado con pérdida del riñón trasplantado por **necrosis tubular aguda**; que hubo una ausencia de nefrólogo durante el trasplante de riñón sin embargo, precisa que este debía ser aportado por la Cooperativa UROLIT y ello no compromete la responsabilidad de la institución en tanto se encuentra probado que el trasplante se llevó a cabo y que el menor fue pasado a piso de manera satisfactoria luego de surtirse el proceso de recuperación y que el traslado a UCI fue realizado dentro del sublimite de tiempo definido por la norma, cumpliendo con el proceso de desinfección de cama.¹⁹

¹⁹ Fol. 98-99 C. 1

Del mismo modo, el auditor realizó un desarrollo cronológico de los procedimientos y tratamientos suministrados al menor desde el desde las 21+15 horas del 14 de mayo de 2010 que ingresó al Hospital Universitario Hernando Moncaleano de Neiva por la unidad de urgencias, hasta el 17 de mayo de 2010 a las 9+50 horas, en que fue declarado muerto, el cual desvirtúa la falta de celeridad o contundencia de los procedimientos ordenados.

El informe²⁰ da cuenta de que el menor J.M.P.G., era un paciente de 17 años de edad, con antecedentes de insuficiencia renal crónica terminal por síndrome de Alport en hemodiálisis hacia 26 meses, programado para el trasplante renal con adecuada aplicación del esquema protocolario de rescate de órgano de donante con sus procedimientos de sondeo de viabilidad para la selección del riñón, en el cual, se agotaron los estudios prequirúrgicos correspondientes, suministró precoz de inmunosupresores y antibioterapia, y se deja constancia del consentimiento informado por parte del paciente y los familiar para la realización de la cirugía de trasplante, la cual, se realizó exitosamente entre el 14 y 15 de mayo de 2010.

Informa que, el paciente es trasladado a piso en buenas condiciones generales, pero a las 19:15 horas (dos (2) horas después de llegar a piso) presenta emesis (náuseas y vomito); PA 190/100, diuresis de 50 cc en tres horas, por lo cual, se aumenta soporte de lev, le irrigan la sonda vesical, luego la cambian, sin diuresis, le informan al médico hospitalario quien ordena irrigación, dejando constancia de que el paciente refiere dolor en hipogastrio.

Que, el 16-05-10 a las 3:00 horas es valorado por urología registrando anuria prolongada, se toma ecografía vesical, se solicita ecodoppler de trasplante urgente. A las 6:00 horas, ante el cuadro hemático, se ordena transfundir glóbulos rojos y plasma. A las 7:00 horas ante probable hematoma perineal se ordena hemodiálisis y se solicita sala de cirugía. Luego, las 9:10 horas se realiza nefrectomía de injerto renal, hallando hematoma perineal de aproximadamente 1000 c.c., con obstrucción de flujo e injerto de riñón necrosado y se ordena transfundir. Posteriormente las 15:50 horas se traslada a piso, pero a las 22:15 horas presenta cianosis y dificultad respiratoria con ronos y estertores en ambos campos pulmonares. A las 23:20 urología valora e indica nitroglicerina.

El 17-05-2010 a las 00:30, presenta nuevo episodio de disnea, se intuba orotraqueal con ventilación por ambu por falla ventilatoria secundaria a edema

²⁰ FI. 96-99 C. 1

pulmonar agudo y se solicita cama en UCI. A las 4:00 horas lo valora medicina interna, el paciente presenta mal estado general, tensión elevada, emergencia hipertensiva con órgano blanco corazón-pulmón (edema pulmonar agudo) indicando rechazo agudo de trasplante renal. A las 4:35 horas cirugía general - unidad de trasplante renal: atención llamada de enfermería; a las 6:00 se traslada a UCI adultos, con disfunción multiorgánica, hipotensión y sobrecarga hídrica, compromiso del sistema respiratorio, cardiaco, renal, hemodinámico y de la coagulación. Posteriormente presenta paro respiratorio al cual se aplica reanimación cardiopulmonar avanzada por 45 minutos. A las 9:50 horas sin respuesta el paciente fallece.

Dichos datos, fueron corroborados por la historia clínica No. 268063, tal como se demuestra del resumen detallado de las notas de enfermería:²¹

OBSERVACIÓN DE ENFERMERÍA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Servicio de Salud de Neiva

(...)

Fecha Hora Evolución	14/05/2010 21+15 Ingresa paciente masculino menor de edad al servicio de urgencias con DX: insuficiencia renal crónica: normocéfalo, mucosas risadas húmedas cuello móvil; tórax simétrico, pulmones normo-ventilados, abdomen blando a la palpación con extremidades eutróficas, es valorado por el medico de triage quien diagnostica insuficiencia renal crónica; ordena valoración por médico de trasplante.
Fecha Hora Evolución	14/05/2010 21+30 Previa asepsia y antisepsia se canaliza vena periférica en MSI pasando SSNO9% a 80% c/u, se toman laboratorios (...)
Fecha Hora Evolución	14/05/2010 22+20 Valorado por médico de trasplante quien ordena preparar para cirugía
Fecha Hora Evolución	14/05/2010 10+23 Se traslada paciente a sala de cx alerta, orientado y canalizado. Se lleva a usuario a rayos x de tórax.
Fecha Hora Evolución	15/05/2010 02+00 Ingresa a sala de cirugía despierto, (...) afebril. 15/05/2010 02+05 Se realiza previa asepsia y antisepsia y se pasa catéter (...) para manejo de dolor (...). 15/05/2010 02+10 Se administra anestesia general endovenosa y se realiza entubación traqueal. 15/05/2010 02+20 Baja previa asepsia y antisepsia

²¹ Folio 104 al 110 del cuaderno de pruebas No.01

Fecha Hora Evolución	15/05/2010 02+30 Se canaliza línea arterial radial derecha para monitoreo. 15/05/2010 02+40 (...) se inicia trasplante renal. Durante el procedimiento quirúrgico se instala sonda vesical. (...)
Fecha Hora Evolución	15/05/2010 03+00 Se realiza descompresión (...).
Fecha Hora Evolución	15/05/2010 04+25 Se termina cirugía sin complicación. (...)
Fecha Hora Evolución	15/05/2010 04+40 Se traslada paciente a recuperación (...).
Fecha Hora Evolución	15/05/2010 04+50 Recibe paciente en sala de recuperación.
Fecha Hora Evolución	15/05/2010 07+00 Paciente que continua en buenas condiciones generales (...) Se inicia tratamiento médico. Pte. hospitalización y toma de laboratorios.
Fecha Hora Evolución	15/05/2010 12+00se toma muestras de laboratorio, se retira línea arterial y se realiza lavado vesical, pendiente administrar acetaminofén y hospitalizar.
Fecha Hora Evolución	15/05/2010 13+00 Usuario se encuentra en iguales condiciones, despierto, afebril, se le inicia tratamiento médico
Fecha Hora Evolución	15/05/2010 15+00 Paciente no tolera vía oral y destila liquido café.
Fecha Hora Evolución	15/05/2010 17+00 Se traslada paciente a séptimo piso (...) con catéter central permeable (...) sonda vesical pte: reporte de laboratorios e iniciar tratamiento vía oral cuando lo tolere.
Fecha Hora Evolución	15/05/2010 17+00 Ingresa paciente de 17 años de edad procedente de sala de recuperación al séptimo piso, en camilla, consciente, alerta, afebril acompañado de familiar y auxiliar de pop de trasplante renal, donante cadavérico, usuario refiere "estar bien" (signos vitales estables)
Fecha Hora Evolución	15/05/2010 18+00 Usuario eliminó = cc hemático 15/05/2010 19+00 Usuario eliminó = cc hemático 15/05/2010 19+00 Usuario durante el resto de tarde permaneció en regulares condiciones generales, sin nada de vía oral hasta quitar emesis, con catéter yugular derecha pasando LEV 200 CC (...) con vena periférica para tratamiento médico con herida qx cubierta, limpia, seca, catéter peritoneal para diálisis, sonda vesical (...) eliminando en poca cantidad, valorado por cirugía general. Diuresis

	15/05/2010 20+00 Paciente consiente, alerta, orientado y controlado (...) pendiente control de líquidos administrados y eliminados. (...)
Fecha Hora Evolución	15/05/2010 22+00 Usuario no elimina por sonda vesical, se informa a médico hospitalario, quien ordena realizar irrigación, se realiza irrigación en compañía de enfermero. NOTA. Nuevamente el paciente refiere tener mucho dolor médico-hospitalario, realiza irrigación entonces ordena colocar sonda vesical (...)
Fecha Hora Evolución	16/05/2010 07+00 Paciente durante la noche en regulares condiciones generales no elimino por sonda vesical en poca cantidad, se le aplica furosemida en ampolla, por vía endovenosa, queda en la unidad de malas condiciones generales, no elimina, continua con líquidos endovenosos. (...) Pendiente: tomar ecografía doppler injerto renal. NOTA: Se anexa reporte de laboratorios a historia clínica, pendiente trasfundir.
Fecha Hora Evolución	16/05/2010 08+00 Usuario de 17 años de edad con diagnostico pop trasplante renal refiere estar "mal", (...) se observa en la unidad acostado, en cama, consciente (...) afebril, colaborador (...) reporte de laboratorios, control de líquidos administrados y eliminados
Fecha Hora Evolución	16/05/2010 08+30 Se trae unidad de glóbulos rojos (...) y se traslada usuario a diálisis (...)
Fecha Hora Evolución	Usuario previa autorización de la familia, se coloca catéter yugular izquierdo no complicación, bajo los siguientes parámetros, se ordenó diálisis (...) no hepático, (...) tolera tratamiento hemodialítico, se infunden tres (03) unidades de o(+), no complicaciones, queda con catéter cubierto.
Fecha Hora Evolución	16/05/2010 11+30 Se pasa usuario a sala de cirugía, al término hemodiálisis, orientado sin complicación. (...)
Fecha Hora Evolución	16/05/2010 12+00 Ingresa a sala de cirugía (...).
Fecha Hora Evolución	16/05/2010 12+20 Se administra anestesia general, endovenosa con tubo orotraqueal (...).
Fecha Hora Evolución	16/05/2010 12+30 Asepsia y antisepsia, se inicia una nefrectomía, (...) antibióticos (...) transfusión de sangre, se instala infusión de dopamina.
Fecha Hora Evolución	16/05/2010 12+50 Infusión de remifentanilo.
Fecha Hora Evolución	16/05/2010 12+55 Eliminó por sonda vesical 50 cc. Se termina acto quirúrgico quedando herida quirúrgica cerrada.
Fecha Hora Evolución	16/05/2010 13+05 Se traslada paciente a recuperación sin complicaciones, continuar transfusión de sangre y 6 unidades de plasma.
Fecha Hora Evolución	16/05/2010 13+05 Recibo usuario de 17 años de edad, se inicia recuperación bajo efectos de anestesia general (...)

Fecha Hora Evolución	16/05/2010 13+10 Se realizo transfusión de sangre x 2unidades
Fecha Hora Evolución	Se traslada usuario al servicio de recuperación a 7° piso, coherente, orientado, alerta con catéter.
Fecha Hora Evolución	16/05/2010 15+50 (...) observándose salida de material sanguinolento, eliminando por sonda vesical (...) disuria, hematuria, (...) pendiente toma de laboratorio mañana a las 5 am.
Fecha Hora Evolución	16/05/2010 17+30 Se realiza curación en herida quirúrgica, observándose salida de material sanguinolento (...).
Fecha Hora Evolución	16/05/2010 18+30 Usuario que, durante la tarde, contrario (sic), calmado, un poco decaído. (...)
Fecha Hora Evolución	16/05/2010 19+00 (...) Se pasa hemodiálisis todo a izquierda, con catéter todo derecho y paso de tratamientos médicos ordenados, catéter peritoneal, con sonda vesical (...) Control de signos vitales pendiente de laboratorio.
Fecha Hora Evolución	16/05/2010 21+30 Paciente que presenta dificultad respiratoria.
Fecha Hora Evolución	16/05/2010 21+40 Paciente que no mejora saturación y se ordena ventilación.
Fecha Hora Evolución	16/05/2010 23+30 Paciente que no mejora saturación, se informa (...) al médico de turno (...)
Fecha Hora Evolución	16/05/2010 23+35 Paciente continua hipertenso, volver médico de turno y ordena pasar ampolla de nitroglicerina.
Fecha Hora Evolución	17/05/2010 00+30 Continua paciente con dificultad respiratoria TA alta, se ordena RX Torax (...) se ordena entubación al paciente con tubo orotraqueal (...) Se ordena apoyo con cirugía interna.
Fecha Hora Evolución	17/05/2010 01+00 Se valoro RX de Torax (...) se visualiza edema agudo (...) se ordena aforo por medicina interna.
Fecha Hora Evolución	17/05/2010 02+00 Paciente que se resiste a goteo (...)
Fecha Hora Evolución	17/05/2010 03+10 Se pasa a medicina interna. (...) y valorado por nefrología, pendiente hemodiálisis
Fecha Hora Evolución	17/05/2010 04+00 Valorado por médico internista de turno, se ordena hemodiálisis y trasladado a UCI.
Fecha Hora Evolución	17/05/2010 04+20 Se comenta para interconsulta externa UCI externa y es aceptado (...)
Fecha Hora	17/05/2010 04+30 Valorado por DX (...) urgente UCI

Evolución	
Fecha Hora Evolución	17/05/2010 04+45 Valorado nuevamente por DX ordena Hab UCI
Fecha Hora Evolución	17/05/2010 05+30 Paciente trasladado a UCI con tubo orotraqueal, abundante secreción purulenta.
Fecha Hora Evolución	17/05/2010 05+50 Usuario en muy malas condiciones, con palidez generalizada (...) con pupilas periféricas arreactivas , con tubo orotraqueal ajustado a ambu que se conecta a ventilación (...) tórax elíptico, séptico cardiopulmonar (...) con compromiso en ambos campos pulmonares (...) salida de liquido sanguinolento
Fecha Hora Evolución	17/05/2010 07+00 Usuario en la unidad de cuidados intensivos de 17 años de edad con diagnostico = falla respiratoria, hipoxémica + edema agudo pulmonar por sobrecarga hídrica, usuario no responde a estímulo, con monitoreo continuo de signos vitales, (...) en malas condiciones generales, hipotenso, taquicárdico, desaturado, con tubo orotraqueal con soporte ventilatorio (...) se le desteta nitroglicerina (...) edema generalizado desaturado.
Fecha Hora Evolución	17/05/2010 06+10 (sic) (...) Se realiza llamado para desconexión del paciente ya que presenta paro cardiorrespiratorio. (...) se suspende hemodiálisis.
Fecha Hora Evolución	17/05/2010 09+10 Paciente que presenta episodio bradicardico, palidez mucotanea generalizada, hipotensión, taquipnea, a quien se determino hace paro cardiorrespiratorio, se inician maniobras de reanimación básicas y avanzadas, se inicia tratamiento con adrenalina (...) sin aumentar actividad eléctrica cardiaca, se realiza masaje cardiaco constante, sin aumentar respuesta, y se soporta ventilatoriamente (sic), presión positiva tipo ambu sin lograr la perfusión de oxigeno (...) durante 35 minutos y finalmente falle a las 9+50 procede a informar a familiares.

En ese orden de ideas, la observación de ambos desarrollos cronológicos, esto es, el descrito en el informe de auditoría y el desarrollado por la Sala a partir de las notas de enfermería, no da lugar a concluir que durante el manejo intrahospitalario brindado al paciente, se presentara una tardía respuesta a la sintomatología presentada por el menor por parte de personal médico y profesional de auscultación, máxime, cuando revisados los intervalos de atención y valoración del se advierte una respuesta oportuna en la atención suministrada, razón por la cual, mal haría este Tribunal, en atribuir como causa de muerte la falta de celeridad, contundencia y eficacia de los procedimientos médicos operatorios, cuando las pruebas aportadas al expediente conducen a demostrar la diligente y pronta asistencia dada por la demandada a la situación de salud presentada por el paciente y los períodos de mejoría del menor siempre fueron sucedidos por las intervenciones quirúrgicas, hecho indicativo de que el resultado de las malas

condiciones de salud eran una consecuencia irresistible de la adaptación que el cuerpo hacía de los cambios realizados.

Al revisar las pruebas aportadas al proceso, la Sala reitera que en asuntos como el presente, le corresponde a la parte demandante acreditar los elementos que configuran la responsabilidad patrimonial y extracontractual de la Administración, esto es, el daño antijurídico y la imputación; sin embargo, en el presente caso, no se cuenta con un dictamen pericial, testimonios técnico o necropsia que permitan determinar una falla externa como causa de la muerte del menor Polanía Gutiérrez, razón por la cual dicha omisión imposibilita a la Sala abordar una tesis distinta a la descrita en la epicrisis de egreso adjunta a la historia clínica, descartando de contera que este primer cargo sea el origen jurídico de la responsabilidad endilgada a la demandada en relación con resarcir los perjuicios que el daño hubiera derivado.

Contrario a lo afirmado por el recurrente, el análisis de las pruebas y hechos probados permiten a la Sala determinar que la conclusión más próxima a fin de explicar el hecho generado del daño, no es otro, que la concreción de un riesgo normal y natural a los procedimientos de trasplante de riñón que le fueron realizados al menor por tal motivo, el cargo inicialmente aludido no estaría llamado a prosperar.

Segundo Cargo: Consentimiento informado.

En ese sentido, el recurrente sostuvo que el consentimiento informado debió ser suscrito por quien tenía la capacidad jurídica para expresar su voluntad, pues de lo contrario no podría encontrarse acreditado el conocimiento de los riesgos que constituye el realizar un tratamiento, cirugía o procedimiento médico, por esa razón, al encontrarse probado que la entidad demandada realizó cada intervención amparados en la firma del menor, no existe certeza de que quienes estaban en capacidad de asumir el riesgo aceptaran realizarle esos procedimientos, en tanto que el plenario solo da cuenta de una autorización firmada por sus padres el 14 de mayo de 2010, mucho antes de realizarle el trasplante el 15 de mayo de 2010.

Al respecto, el Código Civil en su artículo 1502 y siguientes, nos dice que el consentimiento se expresa mediante la manifestación libre y consciente de la voluntad de una persona con el fin de obligarse con otra, para dar, hacer o no hacer una cosa, ligando íntimamente ese concepto al de “capacidad” como presupuesto *sine cuanon* para que esa expresión de voluntad generara “efectos jurídicos” al señalar que solo las personas capaces jurídicamente pueden obligarse por sí mismas; de lo contrario, cualquier intervención o coacción configuraría la invalidez

del acto, por lo cual, se requiere de un consentimiento exento de vicios para el perfeccionamiento del acto jurídico.

Dentro del presente caso, efectivamente, se encuentra probada la existencia de una hoja membretada por la entidad demandada con fecha del 14 de mayo de 2010,²² en que se lee que al menor Julián Mauricio Polania Gutiérrez, se le ha explicado y a comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de los tratamientos y procedimientos médicos que se le realizaran sin que se consigne en los espacios en blanco, el nombre de dichos procedimientos, los riesgos concretos y las implicaciones de la anestesia generalizada en caso de ser necesario, sin embargo, dicho documento, solo puede ser interpretado como un acto de comunicación, no solo porque el menor no estaba en la capacidad legal para manifestar su voluntad, sino por la naturaleza misma del consentimiento informado, que debe, ser secundario al conocimiento claro de los actos médicos consentidos como de las bondades y riesgos de los proceso autorizados y el documento citado claramente no cuenta con requisitos mínimos necesarios.

No obstante, ello no implica que los actos quirúrgicos realizados no estuvieran amparados por el consentimiento informado de quienes si tenía la capacidad para disponer del derecho y obligarse a asumir los resultados, pues diferente a lo asegurado por el recurrente frente al desconocimiento de los familiares del paciente sobre la técnica, beneficios, desventajas y riesgos del trasplante de riñón, no solo obra en el expediente, acta de consentimiento informado debidamente firmado por los padres del menor, si no también, su opinión frente al procedimiento de injerto, que, en palabras de la madre del menor, veían como una oportunidad que Dios les dio para mejorar la calidad de vida de su hijo y de ello dan cuenta los documentos visibles a folio 260 y 269 del cuaderno de pruebas No. 01 del expediente.

El documento está redactado por capítulos, en los que se describe como técnica quirúrgica, el implante de un riñón generalmente cadavérico, con anestesia general y mediante una incisión en el abdomen, detrás del peritoneo en el que se implantan los vasos del riñón del donante a los vasos iliacos del paciente y el uréter a la vejiga, destancado que durante el posoperatorio inmediato el paciente puede llevar un drenaje cercano a la herida y una sonda vesical durante varios días, advirtiendo que en este tipo de procedimientos el paciente puede tardar en orinar varios días, semanas o no hacerlo nunca.²³

²² Folio 142 del cuaderno DE PRUEBAS No.01

²³ Folio 260 del cuaderno DE PRUEBAS No.01

Del mismo modo, se pone de presente que una de las complicaciones que puede presentarse es la isquémica causada por la necrosis tubular aguda, cuando el riñón trasplantado no produce orina y si la produce resulta insuficiente obligando al paciente a someterse nuevamente a diálisis, explica también que cualquier complicación podría dar lugar a reintervención incluyendo la extirpación del riñón o su muerte.²⁴ Se suma a esa complicación una suerte de lesiones infecciosas, hepáticas, gastrointestinales, hemáticas, cardiovasculares y aquellas presentadas por la anestesia general que se requiere para el procedimiento.

Por todo lo anteriormente expuesto, al estar el diagnóstico de egreso²⁵ asociado a las complicaciones conocidas y voluntariamente aceptadas con el consentimiento informado suscrito por los padres del menor en relación con el trasplante de riñón, como lo son necrosis tubular aguda secundaria a trombosis arterial del injerto renal + drenaje de hematoma perirrenal, edema pulmonar, coagulación intravascular diseminada y falla multiorgánica, el segundo cargo invocado tampoco tendría vocación de prosperidad.

Tercer y cuarto cargo: omisión en la práctica de la ecografía doppler de trasplante renal y hemodiálisis.

Los demandantes pretenden la declaración de responsabilidad de la entidad demandada por la muerte del menor Polania Gutiérrez, por la omisión de procedimiento médicos relacionados con ocasión al trasplante de riñón cadavérico que le fue injertado, situación que, a su juicio, causó el deceso del menor; sin embargo, no allegaron una sola prueba que le permita establecer a la Sala, aun a través de indicios, la causa de la muerte del joven, por lo que se torna imposible demostrar que la supuesta omisión en la que se dijo incurrió la ESE Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, constituyera la causa de dicho deceso.

De las pruebas aportadas al plenario, se encuentra probado que la causa de la muerte del menor fue una falla multisistémica, ya que sus funciones vitales colapsaron por el estado de deterioro de sus órganos, aun cuando le fue suministrada una serie de antibióticos para conjurar las infecciones que pudieran generar las altas dosis de inmunosupresores y los tratamientos estuvieron acompañados de hemodiálisis para superar la supremacía hídrica.

²⁴ Folio 262 del cuaderno de pruebas No. 01

²⁵ Folios 153 y 154 del cuaderno de pruebas No. 01

En cuanto a la omisión en procedimientos médicos, pese a encontrar probado que la ecografía Doppler se ordenó y no se realizó, lo cierto es que su omisión se allá justificada en la sintomatología del menor, pues requería sustituir la ecografía con una exploración vascular para detener la hemorragia y evidenciar el estado del riñón trasplantado, decisión que permitió a los galenos confirmar que el órgano estaba necrótico y extraerlo en oportunidad.

Sobre las causas de deceso del menor, el galeno tratante el doctor Cubillos Gutiérrez declaró:

“Las complicaciones que presentó el paciente JULIAN no fueron consecuencia de una ecografía, las complicaciones de trombosis arterial v edema pulmonar son complicaciones inherentes al acto quirúrgico que conllevan la primera a pérdida del injerto renal y la segunda incluso a un fallecimiento, a este paciente se le realizaron los tratamientos adecuados, pero desafortunadamente debido a la gravedad de la complicación no se le pudo salvar la vida al paciente. (...) Como expliqué inicialmente a todo paciente en el postrasplante inmediato que presenté disfunción del injerto se le ordenan paraclínicos, exámenes imagenológicos e Incluso reintervención para aclarar por qué el no funcionamiento del injerto, fue exactamente lo que se hizo con este paciente. (...) La ecografía doppler nos permite verificar perfusión de un injerto y este examen es operador dependiente, subjetivo, en caso de duda los cirujanos vasculares siempre realizamos reintervenciones, debido a lo catastróficas que son las complicaciones vasculares, en este caso en particular, el paciente es llevado a quirófano y evidentemente se encontró una trombosis arterial con la pérdida del injerto. (...) su fallecimiento fueron consecuencia de unas complicaciones vasculares y médicas graves que por lo regular llevan a la muerte del paciente, no por negligencia médica sino por la gravedad de esta misma complicación y en el trasplante renal nadie está exento de presentar una complicación de estas.”

De ahí, que no se encuentre probado el nexo de causalidad entre la omisión de la ecografía doppler y el deceso del menor. Por otro lado, a pesar de que se permite el uso de indicios para que los jueces puedan llegar a encontrar acreditados los supuestos de hecho de una demanda por vía de medios probatorios indirectos, se debe cumplir con algunos requisitos. Sobre tal proceso de inferencia lógica la Corte Suprema de Justicia ha precisado que:

“El indicio es un medio de prueba crítico, lógico e indirecto, estructurado por el juzgador a partir de encontrar acreditado por otros medios autorizados por la ley, un hecho del cual razonadamente, y según las reglas de la experiencia, se infiera la existencia de otro hasta ahora desconocido que interesa al objeto del proceso, el cual puede recaer sobre los hechos, o sobre su agente, o sobre la manera como se realizaron, cuya importancia deviene de su conexión con otros acaecimientos fácticos que, estando debidamente demostrados y dentro de

*determinadas circunstancias, permite establecer, de modo más o menos probable, la realidad de lo acontecido*²⁶.

En similares términos, la jurisprudencia de esta Sección respecto de la prueba indiciaria ha precisado que:

“... en hechos en los que en principio no resulta posible identificar a sus autores materiales, la prueba indiciaria resulta idónea y única para determinar la responsabilidad, pues aquélla compagina elementos debidamente comprobados para arribar con ellos a la certeza de otros y así mismo endilgar responsabilidad a los inculpados.

“Se trata de un medio de prueba permitido que demanda la demostración del hecho indicador, para así tener como probado el inferido. En este escenario, la existencia de una serie de hechos acreditados por cualquiera de los medios probatorios previstos por la ley, estrechamente vinculados con el ilícito, conducen necesariamente a la imputación de la responsabilidad. Los indicios se constituyen en la prueba indirecta por excelencia, pues a partir de un hecho conocido y en virtud de una operación apoyada en las reglas de la lógica y en las máximas de la experiencia, se establece la existencia de un hecho desconocido”²⁷.

Por consiguiente, al no concurrir los presupuesto para tener el indicio como prueba y concretarse en el éxito de las pretensiones impugnativas por no estar soportadas en un hecho indiciario, la Sala de Decisión de esta Corporación, confirmará la sentencia impugnada en tanto, no encuentra probada la responsabilidad patrimonial de la E.S.E Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, Huila, por los perjuicios causados a los demandantes.

COSTAS

Sin costas en esta instancia por no encontrarse causadas.

En mérito de lo expuesto, **EL TRIBUNAL CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO DEL ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA**, en nombre de la República y por autoridad de la ley,

V.- FALLA

PRIMERO: CONFIRMESE la sentencia proferida el once (11) de mayo de dos mil veinte (2020), proferida por el Juzgado Primero Administrativo de Oral del Circuito

²⁶ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Penal, sentencia de 26 de octubre de 2000, exp. 15610.

²⁷ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección A, C.P.: Hernán Andrade Rincón, Bogotá, D. C., veintitrés (23) de marzo de dos mil diecisiete (2017), Radicación número: 05001-23-31-000-2006-03647-01(50941).

Expediente: 41-001-33-31-705-2012-00113-01
Demandante: Félix Humberto Polania Cardoso y Otro
Demandado: E.S.E Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva
Acción: Reparación Directa- Responsabilidad Médica

SIGCMA

Judicial de Neiva, por las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia y en su lugar:

SEGUNDO: Sin condena en costas en esta instancia.

TERCERO: Por Secretaría devuélvase el expediente al Juzgado de origen.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

JESÚS GUILLERMO GUERRERO GONZÁLEZ

NOEMI CARREÑO CORPUS

JOSÉ MARÍA MOW HERRERA

(Las anteriores firmas hacen parte del proceso con radicado No. 41-001-33-31-705-2012-00113-01)

Firmado Por:

Jesus Guillermo Guerrero Gonzalez
Magistrado Tribunal O Consejo Seccional
Contencioso 001 Administrativa
Tribunal Administrativo De San Andres - San Andres

Noemi Carreño Corpus
Magistrado Tribunal O Consejo Seccional
Contencioso 003 Administrativa

Expediente: 41-001-33-31-705-2012-00113-01
Demandante: Félix Humberto Polania Cardoso y Otro
Demandado: E.S.E Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva
Acción: Reparación Directa- Responsabilidad Médica

SIGCMA

Tribunal Administrativo De San Andres - San Andres

Jose Maria Mow Herrera

Magistrado Tribunal O Consejo Seccional

Contencioso 002 Administrativa

Tribunal Administrativo De San Andres - San Andres

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica,
conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación:

a22f82f816eac9f3ba97d50e8df5f3876d0368135520375f3dab505629c97338

Documento generado en 22/03/2022 10:14:08 AM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>