



Tribunal Administrativo de Boyacá

Secretaria

E D I C T O

**LA SUSCRITA SECRETARIA DEL TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE BOYACÁ, POR EL
PRESENTE NOTIFICA A LAS PARTES LA SENTENCIA DICTADA**

CLASE DE ACCIÓN	REPARACION DIRECTA
RADICADO	15001-33-31-007-2010-00123-01
DEMANDANTES	RUBY CONSUELO GORDILLO MATALLANA, NUBIA ESPERANZA MATALLANA Y CESAR AUGUSTO MATALLANA GORDILLO
DEMANDADO	DEPARTAMENTO DE BOYACÁ – SECRETARÍA DE SALUD ESE HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRA
MG. PONENTE	LUÍS ERNESTO ARCINIEGAS TRIANA
FECHA DE DECISIÓN	26 DE JUNIO DE 2019

PARA NOTIFICAR A LAS PARTES LA ANTERIOR SENTENCIA, SE FIJA EL PRESENTE EDICTO EN LUGAR PUBLICO DE LA SECRETARIA POR EL TERMINO LEGAL DE TRES (3) DÍAS HÁBILES, HOY **04/07/2019 A LAS 8:00 A.M.**

CLAUDIA LUCIA RINCON ARANGO
SECRETARIA

CERTIFICO: Que el presente EDICTO permaneció fijado en lugar público de la Secretaría del TRIBUNAL, por el término en él indicado, y se desfija hoy **06/07/2019 a las 5:00 p.m.**

CLAUDIA LUCIA RINCON ARANGO
SECRETARIA



TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE BOYACÁ
SALA DE DECISIÓN No 2

26 JUN 2019

Tunja,

Acción: **Reparación directa**
Demandante : **Ruby Consuelo Matallana Gordillo y otros**
Demandado: **Departamento de Boyacá – Secretaría de Salud y E.S.E.
Hospital Regional de Chiquinquirá**
Expediente : **150013331007201000123-01**

Magistrado ponente: **Luís Ernesto Arciniegas Triana**

Procede la Sala a resolver el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante contra la sentencia proferida el 8 de noviembre de 2016, por el Juzgado Séptimo Administrativo Oral del Circuito de Tunja que negó las pretensiones de la demanda.

I. ANTECEDENTES

1.-DE LA DEMANDA (fls. 3-14, 77).

En ejercicio de la acción de reparación directa consagrada en el artículo 85 del C.C.A., los señores RUBY CONSUELO, NUBIA ESPERANZA Y CÉSAR AUGUSTO MATELLANA GORDILLO solicitaron a esta jurisdicción declarar responsable administrativa y solidariamente al Departamento de Boyacá- Secretaria de Salud y a la E.S.E. Hospital Regional de Chiquinquirá por los daños y perjuicios que les causaron como consecuencia de la muerte de su progenitora María Leonor Gordillo de Matallana el día 20 de junio de 2008, en razón a una falla en la atención médica prestada consistente en ineficiente atención e indebidos tratamientos médicos.

Piden que como consecuencia de lo anterior, se condene a dichas entidades a pagarles solidariamente los valores que se relacionan a continuación:

- \$ 57.600.000 para cada uno de los demandantes, por concepto de daños materiales, teniendo en cuenta una vida probable de la víctima de 16 años más a la fecha de su deceso e ingresos mensuales por \$900.000, así como los gastos por tratamiento quirúrgico.

- 100 SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES para cada uno de los demandantes, por concepto de daños morales derivados del dolor y sufrimiento que padecieron como consecuencia de la muerte de su señora madre y que les afectó negativamente su vida familiar, social y laboral.

- 100 SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES por concepto de daños a la vida relación, para cada uno de los demandantes, en razón a la afectación que sufrieron en su entorno social y familiar como producto de la muerte de su progenitora.

También solicitaron que en caso de que no se pudiese cuantificar los perjuicios pretendidos, se emita condena en abstracto, atendiendo las normas legales que rigen la materia.

Y finalmente que se dé cumplimiento a la sentencia en los términos contemplados en los artículos 176, 177 y 178 del C.C.A.

2.-FUNDAMENTOS FÁCTICOS

Narra la demanda que el día **23 de abril de 2008**, los demandantes concurrieron con su progenitora María Leonor Gordillo de Matallana al Hospital San Salvador de Chiquinquirá – ahora E.S.E. Hospital Regional de Chiquinquirá- para la práctica del procedimiento quirúrgico denominado laparotomía exploratoria, apendicectomía y colostomía, el cual le fue realizado por cirujano "Preciado" (sic), **permaneciendo 9 días hospitalizada.**

Adujo, que en informe de patología del **3 de mayo de ese año**, la citada entidad hospitalaria señaló que la señora Gordillo de Matallana padecía "*APENDICE*

CECAL: Apendicitis aguda en fase edematosa, hiperplasia linfoide reactiva, periapendicitis aguda y negativa para malignidad", "SEGMENTO DE INTESTINO GRUESO: Colitis aguda necrotizante, inespecífica, peritonitis aguda. Negativo para malignidad" (sic)

Manifestó que luego el **7 de mayo siguiente**, la citada paciente ingresó nuevamente a la aludida entidad hospitalaria por el servicio de urgencias aquejándose de un fuerte dolor de cabeza; conforme a la epicrisis de la historia médica del **8 de mayo**, se describió que tenía pérdida de conciencia, cefalea frontal tipo pulsátil de intensidad moderada, fiebre y escalofrío, sospechándose la existencia de "TER" (sic) y solicitándose un examen "ANGYOTAC" (sic), que mostró la presencia de múltiples trombos en ambos hemisferios y se inició anticoagulación con el medicamento Warfarina.

Señaló que el **9 de mayo de 2008**, la paciente mejoró en sus síntomas de disnea, dolor, expectoración hemoptoica y taquicardia, sin embargo, **los días 12, 13 y 14 del mismo mes y año**, persistieron las expectoraciones, pero disminuyó la disnea.

Adujo que para el **día 15 de mayo siguiente**, la señora Gordillo de Matallana presentó mejoría en las expectoraciones, razón por la que le dieron salida de la E.S.E Hospital Regional de Chiquinquirá, ordenándole control dentro de un mes, valoración de colostomía por cirugía y suministro del medicamento Warfarina en dosis de una tableta de 5 mg para tomarla a las 8:00 a.m., además de Omeprazol y Z-Bec. Posteriormente, el **2 de junio de 2008**, acudió al servicio de urgencias de esa E.S.E. atendiéndola el médico Fredy Alberto Torres, quién le diagnosticó dolor abdominal y le ordenó tratamiento en casa.

Anotó que como en esa entidad no ordenaron la hospitalización de la señora Gordillo de Matallana pese a que continuaba con las mismas molestias, acudieron al médico externo Ángel Pérez Monroy, quien la remitió por urgencias al Hospital Regional de Chiquinquirá al presentar "*colitis isquémica, TEP recibiendo warfarina 5mgs/día desde hace un mes y medio sin control*" (sic) además, señaló ese profesional que presentaba hematuria franca, cefalea, vómito, somnolencia, leve parecía izquierda, marcada palidez, y dispuso tratamiento de "*vitamina K IV, plasma*

fresco, analgesia y urgente solicitar TAC cerebral, TP – INR-CH-CREAT- PDEO (...)" (sic).

Dijo que una vez ingresó a esa E.S.E el médico Olarte (sic) refirió antecedentes de perforación intestinal con subsecuente colestomía, posterior trombolismo pulmonar que se manejó en esa oportunidad; presentaba al momento del examen cefalea con alteración del estado de conciencia y que hace 3 días presentaba hemateria.

Indicó que ante ese panorama la remitieron de urgencia a la Unidad de Cuidados Intensivos de la E.S.E. Hospital Regional de Duitama, en donde le diagnosticaron cefalea intensa asociada con alteración del estado de conciencia, hematuria de tres días y manejo con Warfarina, así mismo le toman un TAC cerebral el cual arrojó como resultado "*hematoma y hemorragia intraparenquimatosa con desviación de la línea media*" (sic).

Señaló que el **6 de junio de 2008**, los médicos de la UCI señalaron que la paciente estaba con anticoagulación oral con cumanitos por tromboembolismo pulmonar que como complicación de sobreanticoagulación desarrollaba "*ACV hemorrágico con desviación de la línea media*" revirtiéndolo con administración de "PFC" (sic), e indicaron que se realizarían nuevos tiempos de coagulación una vez finalizara la transfusión; horas más tarde fue sometida a cirugía para drenaje de hematoma y egresó con diagnóstico de pronóstico reservado dejándole 48 horas de protección cerebral.

Indicó que los días posteriores, la paciente estuvo bajo continua vigilancia en la UCI; el **13 de junio**, los médicos dieron la orden de trasladarla a piso, pues presentó mejoría en su condición neurológica, pese a continuar con diagnóstico de cefalea y dolor en el cuello; **los días 14, 15, 16 y 17 de junio** el reporte médico de la paciente fue que se encontraba más despierta, movilizaba sus 4 extremidades, respondía preguntas del encuestador y presentaba cefalea y dolor abdominal leve ordenándole dipirona y la práctica de un TAC cerebral; el **día 18 de junio** presentó dolor en el cuello, cefalea leve y restante estado normal y el **19 de junio** refirió sensación de pesadez, cuadro neurológico estable y retiraron puntos.

Afirmó que el **20 de junio del 2008**, la señora Gordillo de Matallana presentó alteración del estado de conciencia y dificultad respiratoria severa, razones que llevaron a que fuera trasladada de urgencia a la UCI, donde murió.

Consideró que desde que la señora María Leonor Gordillo de Matallana ingresó al Hospital Regional de Chiquinquirá no tuvo una atención oportuna y acorde a la gravedad de su padecimiento; no fue examinada a tiempo con el fin de establecer la patología que la aquejaba, fue intervenida innecesariamente de la apéndice encontrándose una perforación del ángulo del intestino y necrosis de colón que no fue debidamente tratada y, a partir de ello, se le brindó un tratamiento incorrecto al formularle el medicamento Warfarina por un tromboembolismo pulmonar que se le brindó sin supervisión alguna, cuando según su posología, debía hacerse control sobre su suministro cada 3 días.

Dijo igualmente que las accionadas no garantizaron la pronta atención, ni las hospitalizaciones, traslados y tratamientos quirúrgicos que requería la causante, omisiones que desencadenaron en la muerte de la señora Gordillo de Matallana.

II. TRAMITE PRIMERA INSTANCIA

La demanda fue presentada el 18 de junio de 2010 ante los Juzgados Administrativos de esta ciudad (fl. 14) correspondiéndole por reparto al Juzgado Sexto Administrativo, despacho que por autos del 18 de agosto y 1 de septiembre de ese año, dispusieron la inadmisión de la demanda por insuficiencia de poder e indeterminación de la cuantía (fl. 67-68, 74-76). Subsanada la demanda (fl. 77), fue admitida a través de auto del 15 de septiembre de 2010 contra el Departamento de Boyacá – Secretaría de Salud y el Hospital Regional de Chiquinquirá (fl. 84). El Departamento de Boyacá fue notificado el 11 de marzo de 2011 (fl. 99), el Ministerio Público lo fue el 16 de septiembre de 2010 y solicitó el llamamiento en garantía del Hospital Regional de Duitama (fl. 85). Se libró despacho comisorio para notificar a la Empresa Social del Estado Accionada.

El proceso se fijó en lista entre el 22 de marzo y el 4 de abril de 2011 (fl. 100). Dentro de este término el Departamento de Boyacá – Secretaría de Boyacá se pronunció (fls. 101-107). Posteriormente, el 16 de marzo, el representante legal de la E.S.E. Hospital Regional de Chiquinquirá fue notificado personalmente del auto admisorio de la demanda (fl. 129). Esta entidad contestó la demanda el 31 de marzo en la que propuso excepciones, llamó en garantía a Seguros Cóndor S.A. y subsidiariamente en tal calidad, es decir, como llamados en garantía, en caso que no se les tuviese como litisconsortes necesarios a la Cooperativa Integral de Trabajo Asociado -COOPINTRASALUD CTA, al médico Mario Olarte Armenta, la ES.E. Hospital Regional de Duitama y a Salud Vital E.P.S. (fls. 131-167).

Entre el 15 y el 25 de abril de 2011, se corrió traslado de las excepciones (fl. 270), plazo dentro del cual la parte actora emitió pronunciamiento sobre estas y sobre la solicitud de llamamiento en garantía (fls. 271-277). Por medio de auto del 18 de mayo de 2011, la Jueza Sexta Administrativa de Tunja se declaró impedida para conocer del presente asunto (fls. 279-283), impedimento que fue aceptado por la Jueza Séptima Homóloga a través de proveído del 26 de octubre de 2011 (fl. 286-287).

Mediante auto del 15 de febrero de 2012, ese Estrado Judicial rechazó el llamamiento en garantía solicitado por la E.S.E. Hospital Regional de Chiquinquirá y vinculó como litisconsorte necesario a la E.S.E. Hospital Regional de Duitama (fls. 289-292); providencia que fue apelada por aquella entidad hospitalaria (fl. 293-296). En auto del 13 de marzo de 2012, el Juzgado Sexto Administrativo de Descongestión de Tunja avocó conocimiento del proceso (fl. 305), despacho que en providencia del 10 de abril de 2012 concedió el recurso de apelación interpuesto contra el auto del 15 de febrero de ese año (fl. 307).

Por medio de auto del 1 de agosto de 2012, la Sala de Descongestión de este Tribunal avocó conocimiento del proceso y admitió el recurso de apelación interpuesto por la E.S.E. Hospital Regional de Chiquinquirá (fl. 313). En auto del 10 de abril de 2013, esa Sala confirmó el proveído impugnado (fls. 316-321).

A través de auto del 21 de agosto de 2013, el Juzgado Primero Administrativo de Descongestión de Tunja avocó el conocimiento del proceso y obedeció y cumplió lo resuelto por la aludida Sala de Descongestión (fl. 331).

En proveído del 14 de mayo de 2014, ese Juzgado negó por improcedente la solicitud presentada por la apoderada de los demandantes encaminada a que se citara a las partes a conciliación o se decretaran las pruebas del proceso, dado que no se había vinculado al proceso a la E.S.E. Hospital Regional de Duitama (fl. 333).

El 9 de junio de 2014, el representante legal de esta entidad hospitalaria vinculada se notificó de la demanda (fl. 335); luego el proceso se fijó en lista entre el 12 y el 26 de junio de 2014 (fl. 341).

Dentro del anterior plazo, la E.S.E. Hospital Regional de Duitama contestó la demanda proponiendo excepciones (fls. 342-350). En auto del 9 de julio de 2014, se decretaron las pruebas del proceso (fl. 358).

Luego en auto del 14 de abril de 2015, el Juzgado Sexto Administrativo de Oralidad de Tunja no avocó conocimiento del presente asunto por la configuración de causal de impedimento y ordenó remitirlo al Juzgado Séptimo Administrativo de Oralidad de esta ciudad (fl. 419-420), estrado judicial que a través de auto del 31 de agosto de 2015, avocó conocimiento y ordenó dar cumplimiento al auto de pruebas en cuanto a la prueba pericial decretada a practicar por el Instituto de Medicina Legal cuyo trámite correspondía a la parte actora y la elaboración de nuevo despacho comisorio para la recepción de testimonios decretados (fl. 426-430)

En auto del 31 de marzo de 2016 se corrió traslado para alegar (fl. 446); en proveído del 20 de mayo de 2016 se profirió auto de mejor proveer para que el Hospital Regional de Duitama allegara copia completa de la historia clínica de la señora Leonor Gordillo de Matallana, específicamente con las anotaciones posteriores al 20 de junio de 2008 (fl. 468) y en auto del 1 de agosto de 2016 se dispuso oficiar a la UCI SaludVital IPS para que allegara la anterior prueba (fl. 507) la cual una vez allegada entró al despacho el 26 de septiembre siguiente (fl. 525)

1. Contestación de la demanda

1.1. DEPARTAMENTO DE BOYACÁ (fls. 101-107).

Se opuso a todas las pretensiones de la demanda por carecer de fundamentos fácticos y jurídicos.

Indicó dentro de sus argumentos defensivos que la atención prestada a la señora María Leonor Gordillo de Matallana fue realizada de conformidad con la capacidad de resolución del Hospital Regional de Chiquinquirá, con especialistas calificados para ello y de conformidad con la patología sufrida por la paciente por lo que no existen elementos que determinen la responsabilidad de la institución hospitalaria ni que la causa de la muerte de la señora Gordillo fue por una falla o falta en la prestación del servicio o por errores médicos en la misma.

Propuso como excepción “*Falta de legitimación en la causa por pasiva*”: dado que los efectos de la sentencia no recaen sobre ese ente porque no tiene injerencia alguna en los hechos que se debaten; cualquier responsabilidad recae en aquel Hospital cuya naturaleza jurídica es la de una entidad descentralizada del orden departamental, goza de personería jurídica, autonomía administrativa y financiera y patrimonio propio que le permite ser sujeto de derechos y contraer obligaciones.

Agregó que a partir de lo anterior, la relación que existió y existe entre el Departamento de Boyacá y el Hospital Regional de Chiquinquirá es de tipo contractual basada en las reglas previstas en la Ley 80 de 1993, en particular, en la celebración de contratos administrativos para la prestación de servicios de salud desde las especificaciones estipuladas en el Plan Obligatorio de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud a la población pobre y vulnerable en lo cubierto con subsidios a la demanda y los eventos NO – POS – S del área de influencia de dicha institución hospitalaria y bajo la modalidad de facturación por evento.

Y que esta excepción también se sustenta en las competencias que en materia de salud le fueron otorgadas a los Departamentos en el artículo 43 de la Ley 715 de

2001, en concordancia con las funciones de las instituciones prestadoras de los servicios de salud.

1.2. E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRÁ (fls. 131-167).

Se opuso a las pretensiones la demanda y solicitó que se condene en costas a la parte demandante, dado que no existen presupuestos fácticos y jurídicos que comprometan la actuación del demandado en el caso sub examine.

Frente a los hechos de la demanda, dijo que esa E.S.E. es una entidad de carácter público creada por Ordenanza No. 004 de 2004, cuya forma de gestión asistencial se hace a través de terceros u operadores externos como la Cooperativa COOPINTRASALUD CTA la cual siguió los protocolos de atención a favor de la demandante. Aclaró que las fechas de atención del 7 y 13 de mayo de 2008 no son ciertas y que se atiene a lo que repose en la historia clínica; en relación con las órdenes dadas por el médico tratante dijo que se desarrollan dentro de su autonomía médica y solo lo comprometen a éste y a la Cooperativa a la cual perteneció y, que la paciente fue omisiva en el seguimiento del tratamiento ordenado.

Así mismo que es cierto que la señora María Leonor Gordillo fue atendida en la E.S.E. Hospital Regional de Chiquinquirá; aquella fue remitida a la E.S.E. Hospital Regional de Duitama, para brindársele cuidado intensivo dada su evolución médica; allí le fue brindada atención y se le otorgó el mismo medicamento que se le venía suministrando en esa E.S.E; en la UCI tuvo una evolución favorable, sin signos infecciosos, consciente; la complicación que finalmente llevó a su fallecimiento se generó dos meses después de su salida de la E.S.E. de Chiquinquirá y días después de que egresó de la E.S.E. de Duitama con pronóstico satisfactorio.

Propuso como excepción previa: *“Integración del contradictorio- litisconsorcio necesario”*: solicitó que a fin de emitir un fallo de fondo se vinculara a la litis a: i) la E.S.E. Hospital Regional de Duitama, entidad en la cual recibió atención en salud después de su salida de la E.S.E. de Chiquinquirá; ii) COOPINTRASALUD, empresa a la cual está vinculado el médico internista Mario Olarte Armenta que atendió a la paciente; iii) SALUDVITAL E.P.S. entidad del régimen subsidiado a la

cual estaba afiliada la señora María Leonor Gordillo y en esa medida debe asumir los riesgos respectivos y iv) el médico Mario Olarte Armenta.

Y como excepciones de fondo:

- *"Ausencia del requisito de procedibilidad-no citación de todas las partes al proceso conciliatorio"*: en la medida que no se citó a audiencia de conciliación prejudicial a la E.S.E. Hospital Regional de Duitama y a COOPINTRASALUD.

- *"Falta de legitimación en la causa por pasiva"*, porque desarrolla sus actividades a través de la contratación de personal externo por medio de la cooperativa de trabajo asociado COOPINTRASALUD, a la cual se encuentra vinculado el médico Mario Olarte Armenta.

- *"Falta de causa en el demandante-falta de causa por pasiva"*, dado que no existe causa para demandar porque la muerte de la señora Gordillo de Matallana ocurrió por su estado de salud y las complicaciones que de ello derivaron; al tenor de lo dispuesto en la Ley 23 de 1981, la responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías producidas por efecto del tratamiento no irá más allá del riesgo previsto y que la causante recibió la atención requerida conforme a los protocolos y criterios médicos.

- *"Inexistencia del nexo causal entre el deceso de la paciente y la conducta de mi representada"*: no es suficiente la prueba del hecho dañoso consistente en la muerte de la señora Gordillo de Matallana, sino que se debe probar los demás presupuestos de la responsabilidad estatal.

- *"Culpa de un tercero-mala fe en los demandantes"*: señaló que debe probarse que la intervención del galeno Mario Olarte Armenta produjo un daño que se constituyó como causa eficiente de la conducta realizada a título de dolo; los demandantes tienen la carga de probarlo, y que los hechos relativos al procedimiento quirúrgico fueron realizados por COOPINTRASALUD. Y que se advierte mala fe de los demandantes quienes pretenden sacar provecho económico con ocasión al fallecimiento de su progenitora.

Finalmente, llamó en garantía a Seguros Cóndor S.A.; llamamiento que lo extendió de manera subsidiaria, en caso de no accederse a su vinculación como litisconsortes necesarios, a la Cooperativa Integral de Trabajo Asociado -COOPINTRASALUD CTA, al médico Mario Olarte Armenta, la E.S.E. Hospital Regional de Duitama, Salud Vital E.P.S.

1.3. E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA (fls. 342-350)

Se opuso a las pretensiones de la demanda. Frente a los hechos aclaró que la patología que presentó la paciente, según la historia clínica de la E.S.E. Hospital Regional de Chiquinquirá, trató de una colitis necrotizante que es de alta mortalidad, además una infección peritoneal lo cual representa un cuadro de diagnóstico no favorable.

Posteriormente se le ordenó la toma de medicamentos, entre ellos, el denominado Warfarina que según literatura médica es un anticoagulante que se formula cuando se detecta una posibilidad de formación de trombos o disminución de los existentes; dada las complicaciones que puede traer este medicamento requiere vigilancia médica continua.

Agregó que la señora Leonor Gordillo de Matallana también presentó colitis isquémica, hematuria o presencia de sangre en la orina la cual es una afectación frecuente en tratamiento con tal medicamento pero puede ser indicativo de aumento de la presión intracraneana, síntomas de los que se podía colegir que la señora Leonor Gordillo de Matallana podía estar padeciendo un accidente cerebro vascular que repercutía gravemente en su estado de salud y en sus posibilidades de mejoría.

Así mismo que en la E.S.E. de Chiquinquirá, el médico Mario Olarte Armenta examinó a la paciente y tomó la decisión de remitirla a un nivel superior. Aclaró que la UCI de la ciudad de Duitama perteneciente a Salud Vital IPS Ltda, no hace parte del Hospital de Duitama y son dos entidades diversas e independientes.

Destacó que solo hasta el día 13 de junio de 2008, la citada paciente ingresó a prestación de servicio en ese hospital con ocasión a la remisión que le hiciera la

aludida UCI, hospital en el cual es atendida en forma inmediata por personal médico especialista. Agregó que efectivamente desde el día 14 de junio hasta el 19 de junio de 2008, la señora Gordillo de Matallana presentó mejoría y que el día 20 de junio de ese año presentó alteración del estado de conciencia con dificultad respiratoria severa por lo que se interconsultó con el servicio de UCI, servicio en el cual fue recibida y allí falleció.

Como argumentos defensivos señaló que el protocolo médico adelantado por el personal médico asistencial de la E.S.E. Hospital Regional de Duitama fue el establecido por el Ministerio de Salud en consideración al estado de evolución con el que ingresó la paciente; su precario estado de salud al ingreso a la UCI era irreversible y su estabilización aparente no conducía a su mejoría dado el daño cerebrovascular que padecía y su precario estado de conciencia.

Resaltó que no existe elemento probatorio del cual pueda inferirse que ese hospital incurrió en una mala práctica frente al servicio prestado a la señora Leonor Gordillo de Matallana o que se omitió uno de los procedimientos ordenados en el protocolo dentro de la atención de urgencias y hospitalización o que fuese prestada por personal no idóneo o por conductas negligentes por parte del personal médico.

Propuso como excepciones de mérito:

- *“Falta de legitimación en la causa por pasiva”*: dado que las actuaciones del personal de la institución hospitalaria durante el tiempo que la paciente permaneció internada fue diligente, oportuna e idónea conforme lo consigna la historia clínica de la causante; consideró que el deterioro de salud fue causada por la formulación de medicamento y el descuido en el tratamiento del pos-operatorio realizado por la ESE Hospital Regional de Chiquinquirá, la UCI de Saludvital de Colombia IPS corroboró y diagnosticó el shock y accidente cerebro vascular producido por la sobre-anticoagulación producido por el medicamento Warfarina.

- *“Ausencia de responsabilidad por falta de derecho para promover la acción”*: indicó que el reparo de los demandantes se dirige a las actuaciones realizadas por los extremos pasivos de la litis, más no de esa entidad vinculada.

III. SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

El Juzgado Séptimo Administrativo Oral del Circuito Judicial de Tunja, mediante sentencia del 8 de noviembre de 2016, negó las pretensiones de la demanda 527-543).

Para arribar a esa conclusión, el a quo desató las excepciones propuestas y consideró que la excepción de *"Falta de legitimación en la causa por pasiva"* planteada tanto por el Departamento de Boyacá como por la E.S.E. Hospital Regional de Chiquinquirá, en su modalidad de hecho o procesal, no se encuentra configurada, si se tiene en cuenta que dichas entidades fueron incluidas dentro de las pretensiones de la demanda, esta les fue notificada en debida forma y a su vez, ejercieron oportunamente su derecho de defensa con la contestación de la demanda. Igualmente existe legitimación en la causa por pasiva en cabeza de la E.S.E Hospital Regional de Duitama, toda vez que también fue vinculada debidamente al proceso, se le notificó personalmente la demanda y también ejerció su derecho de defensa.

Aclaró que lo pertinente a la legitimación en la causa material se examinaría al desatar el fondo del asunto, según lo ha dispuesto para el efecto la jurisprudencia del Consejo de Estado.

En cuanto a las excepciones de *"Falta de Integración del Contradictorio - Litisconsorcio Necesario"*, y *"Ausencia del Requisito de Procedibilidad - No Citación de todas las Partes al Proceso Conciliatorio"* propuestas por la E.S.E Hospital Regional de Chiquinquirá señaló que no estaba llamada a prosperar, atendiendo lo dispuesto en providencia del 15 de febrero de 2012. Y aclaró que como quiera que la E.S.E de Duitama fuera vinculada como litisconsorte necesario, al tenor del artículo 83 del C.P.C. no es exigible agotar frente a este requisito de procedibilidad para acceder a la jurisdicción.

Precisado lo anterior, circunscribió el problema jurídico a determinar si se encuentran reunidos los presupuestos para declarar la responsabilidad de los accionados y como consecuencia de ello ordenarles el pago de los perjuicios pretendidos con ocasión de la muerte de la señora María Leonor Gordillo de

Matallana, la cual presuntamente devino por la falta de atención médica y la no observancia de los tratamientos médicos ordenados incurriéndose en una falla en el servicio médico como lo sostienen los demandantes u obedeció a la culpa exclusiva de la víctima.

Dentro del marco jurídico abordó lo pertinente a la responsabilidad del Estado acorde con el artículo 90 del Texto Superior, el escenario procesal para declararla, específicamente, el artículo 86 del C.C.A., los títulos de imputación y los elementos de responsabilidad. Igualmente ahondó en el análisis jurisprudencial del régimen de responsabilidad por falla en el servicio y en especial de la falla en el servicio médico, teniendo en cuenta la imputación fáctica y jurídica planteada en la demanda y destacó que la carga probatoria para demostrar su configuración se encuentra a cargo de la parte demandante, permitiéndose al juez acudir a la prueba indiciaria, dada la complejidad de dichos casos.

Luego al abordar el caso concreto, señaló que se probó el hecho dañoso consistente en el fallecimiento de la señora María Leonor Gordillo de Matallana (q.e.p.d), el día 20 de junio de 2008, como consecuencia, supuestamente, de la mala atención y tratamiento médico respecto de la patología que la aquejaba por parte de las demandadas.

Agregó que, para acreditar dicho daño reposan como pruebas las historias clínicas suscritas por los galenos de los Hospitales Regionales de Chiquinquirá y Duitama, que informan el ingreso de la señora Gordillo de Matallana por el servicio de urgencias del primer hospital mencionado por un cuadro clínico de apendicitis; después de ser tratada le fue diagnosticado un tromboembolismo pulmonar prescribiéndosele para su tratamiento el medicamento Warfarina; a la postre presentó una hemorragia intracraneal y fue remitida a la E.S.E Hospital de Duitama en el cual recibió tratamiento y en la UCI de SaludVital murió en la fecha indicada.

En cuanto al hecho generador del daño registró las actuaciones del personal médico de los citados hospitales conforme con las historias clínicas aportadas al proceso.

585

Frente al nexo causal recordó en primer lugar, que el reproche de los demandantes versó sobre las supuestas fallas del servicio médico en que incurrieron las entidades prestadoras de salud frente a la atención hospitalaria, y el tratamiento o la administración del medicamento denominado Warfarina, que en sentir de aquellos, fue lo que ocasionó el fallecimiento de la señora Gordillo de Matallana.

En segundo lugar, indagó sobre el manejo, uso y dosis del medicamento denominado Warfarina acudiendo a literatura médica especializada, proceder que encontró respaldado por la jurisprudencia del Consejo de Estado, aclarando que aun cuando se decretó dictamen pericial encaminado a demostrar si ese medicamento se administró de la forma correcta a la señora Gordillo de Matallana, con los controles adecuados, así como las consecuencias derivadas en la salud de la paciente, no es menos cierto es que dicha prueba no obra en el plenario, tampoco se advierte el interés de los libelistas en su recaudo, y que ello era tan cierto que guardaron silencio frente al proveído que corrió traslado para alegar y declaró terminado el periodo probatorio.

Sobre dicho medicamento la juez de primera instancia halló en la literatura médica que reposa en internet¹ que una vez se ha comenzado a tomar Warfarina, se torna necesario la realización de pruebas de sangre para establecer su reacción a través de exámenes de INR -International Normalized Ratio-, los cuales son una forma de estandarizar los cambios obtenidos a través del tiempo y se usan principalmente para el seguimiento de pacientes bajo tratamiento anticoagulante dentro de los rangos establecidos los cuales no superan los 30 días; cuando se logra estabilización de los niveles del medicamento, se da egreso al paciente con orden de INR cada 8 días y control médico para ajustar dosis de acuerdo al examen de laboratorio.

En tercer lugar, sostuvo que el testimonio del médico Ariel Alfonso Pérez Monroy quien atendió a la paciente por servicio particular el día 5 de junio de 2008, señaló que la señora Gordillo de Matallana se encontraba con cefalea intensa, somnolencia progresiva, vómito, paresia en el hemicuerpo izquierdo sin que se hubiese realizado el control del medicamento Warfarina con el INR, datos que hacían pensar que la

¹ En <http://www.scielo.org.co/pdf/med/v17n1/v17n1a15.pdf> y de la Clínica Valle de Lili en http://www.valledelili.org/sites/default/files/files/folleto_warfarina2014-web.pdf

paciente tenía sangrado cerebral con hipertensión endocraneana aguda por probable sobre acción de ese medicamento.

Igualmente que la historia clínica de la E.S.E. de Chiquinquirá mostró que para el día 13 de junio de 2008 (sic), el profesional médico realizó control del INR de la paciente el cual arrojó 1, razón por la cual aumentó la dosis de Warfarina; posteriormente el día 15 de junio del mismo año (sic), el INR dio un valor de 1.5, por lo que el médico tratante ordenó la salida de la señora Gordillo de Matallana con la advertencia que debía tener control del INR en 7 días.

Con base en lo anterior, consideró el a – quo que el tratamiento que realizó el galeno de esa E.S.E., lo fue dentro de los estándares previstos en las guías médicas; en la historia clínica quedó consignado el tiempo en el que la paciente debía realizar el control de INR posterior a su salida, empero, lo omitió; situación que el médico dejó plasmado al momento en que reingresó a ese hospital y que se corroboró con el testimonio del citado médico Pérez Monroy.

Resaltó que aparte de los medios probatorios referidos, no obran en el proceso pruebas fehacientes y conducentes que permitan inferir que las entidades accionadas coadyuvaron en la producción del hecho dañoso, específicamente con la dosificación y tratamiento del medicamento Warfarina y, lo que sí quedó acreditado fue que la actuación de la causante, al no presentarse a los controles ordenados de dicho medicamento, fue determinante y exclusivo para el acaecimiento del daño configurándose el eximente de responsabilidad de culpa exclusiva de la víctima.

Agregó que de las pruebas tampoco se logró probar que las entidades accionadas omitieran la atención oportuna de la paciente, pues lo que la historia clínica allegada permite entrever es que desde el primer momento que ingresó a las entidades hospitalarias, estas le prestaron los servicios médicos que tenían a su alcance; fue remitida a los hospitales de los Municipios de Tunja y Duitama, con el fin de que se le realizaran los correspondientes estudios o tratamientos para garantizarle la prestación del servicio médico.

Y finalmente subrayó que la jurisprudencia de la Sección Tercera del Consejo de Estado ha señalado que en materia de falla en el servicio médico la carga de la prueba reposa en la parte actora cobrando relevancia la prueba indiciaria y, que en el caso concreto no puede desconocerse por un lado, que la parte actora desistió de testimoniales decretada a su favor, y por otro, que no existe prueba que permita deducir con grado de probabilidad, un nexo del que se pueda inferir la responsabilidad de las demandadas en la muerte de la señora Leonor Gordillo de Matallana.

IV. DEL RECURSO DE APELACIÓN

Por intermedio de su apoderada la parte demandante interpuso y sustentó el recurso de alzada a fin de que el fallo de primera instancia sea revocado y se acceda a las pretensiones de la demanda con base en los argumentos que se sintetizan enseguida:

Arguyó que el a – quo hizo una indebida valoración probatoria, particularmente, del testimonio del médico Ángel Pérez Monroy. En tal sentido dijo el apelante que lo que de esa declaración se puede probar es que remitió a la paciente Leonor Gordillo de Matallana al servicio de urgencias de la E.S.E. Hospital Regional de Chiquinquirá dados sus antecedentes de colitis isquémica, tromboembolismo pulmonar –TEP y suministro de Warfarina 5 mg/día desde mes y medio atrás sin control, puesto que según recomendación médica y los documentos que se le presentaron a dicho galeno tenía que presentarse a control médico de tal medicamento en 30 días.

Igualmente desconoció que la mencionada paciente fue mal diagnosticada desde el inicio de la atención médica en esa E.S.E. conforme se deduce de su historia clínica y, que la medicación con Warfarina, medicamento cuyo suministro no fue controlado por el cuerpo médico de ese hospital fue determinante para la concreción del hecho dañoso.

Llamó la atención en el hecho de que según la historia clínica que aportó con la demanda y que le fue suministrada por esa entidad hospitalaria, la paciente debía presentarse a control de dicho medicamento en un término de 30 días tal como lo

señaló explícitamente la atención médica que se le brindó el día 15 de mayo de 2008, y no 7 días después de su egreso, como se consignó en el fallo de primera instancia.

Consideró en consecuencia, que la historia clínica fue modificada; ello lo dedujo del hecho de que ese día 15 de mayo de 2008, el médico Mario Olarte Armenta quien además de firmar dicha historia con ocasión a la atención brindada a la paciente, también le expidió por un lado, fórmula médica recetándole el medicamento Warfarina tableta por 5 mg a las 8:00 a.m. sin una recomendación especial de control frente al mismo, y por otro, un documento para la práctica de exámenes paraclínicos en el que le indicaba expresamente un control por medicina interna en el término de un mes; documentos que no fueron valorados por el a-quo a la luz de la sana crítica probatoria.

Agregó si no se hubiese dado tal alteración, habría concordancia en el contenido de la historia clínica examinada por el a – quo con estos dos documentos, los cuales indicarían igualmente que debía asistir a control en 7 días, y que dicha actuación reprochable resulta altamente probable, si se tiene en cuenta que la E.S.E. Hospital Regional de Chiquinquirá custodiaba la historia clínica de la paciente y le convenía cambiar el número de días para el control del medicamento a fin de salvaguardarse de posibles responsabilidades médicas.

Resaltó que si bien como lo indicó la jueza de primera instancia, la historia clínica consignó que la paciente debía acudir a control del medicamento Warfarina dentro de los 7 días siguientes a su egreso, no puede pasarse por alto, por una parte, que esa historia clínica reposaba en los archivos de las entidad hospitalaria posibilitándose el acceso a esa información solo a petición de la paciente sin que se le suministrara a esta copia del folio que disponía tal instrucción, y por otra, que los documentos que se le proporcionaron fueron la fórmula médica para el uso y manejo del medicamento en la que nada decía de asistir a control en 7 días y, la formulación de los exámenes paraclínicos que sí decía de la obligatoriedad de acercarse a control dentro de los 30 días siguientes.

Con fundamento en lo anterior, sostuvo que, diverso a lo que coligió el juez de primera instancia, ese extremo procesal sí probó el nexo causal existente entre la mala atención e indebida formulación del medicamento Warfarina por parte de la E.S.E. Hospital Regional de Chiquinquirá y la muerte de la señora Leonor Gordillo de Matallana.

V. TRÁMITE EN SEGUNDA INSTANCIA

Impugnado el fallo de primera instancia, por auto de 15 de diciembre de 2016, el Juzgado Séptimo Administrativo Oral del Circuito Judicial de Tunja concedió en el efecto suspensivo el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante (fl. 557).

Mediante auto de 23 de mayo de 2017, esta Corporación resolvió admitir el recurso de apelación interpuesto (fl. 563).

Así mismo, mediante proveído del 21 de julio de 2017, se ordenó a las partes la presentación de los alegatos de conclusión por el término de diez (10) días, según lo dispuesto en el artículo 212 del C.C.A. (fl. 565), término dentro del cual solo se pronunció la E.S.E. Hospital Regional de Chiquinquirá en los términos que se sintetizan a continuación.

E.S.E. Hospital Regional de Chiquinquirá (fls. 566-571)

Reiteró los argumentos defensivos expuestos en la contestación de la demanda y resaltó que no es cierta la afirmación del apelante en cuanto a que la historia clínica de la señora Leonor Gordillo de Matallana fue alterada por esa entidad, en tanto que ello no se probó en el proceso, no hubo tacha o desconocimiento alguno de ese documento y tampoco salió avante acción penal alguna por una posible adulteración de este.

Agregó que lo que sí quedó acreditado en el plenario fue que la citada paciente no acudió a los controles señalados por los galenos de esa institución y por dicha razón debe confirmarse el fallo de primera instancia en el cual se declaró probada la

eximente de responsabilidad de culpa exclusiva de la víctima y en el que se concluyó que esa institución le brindó oportunamente atención médica acorde a su nivel de atención e hizo la remisión a la entidad hospitalaria de más alto nivel para que se le prestara la atención médica acorde a la gravedad de su dolencia, que conllevara a garantizarle la vida a la paciente.

El **Ministerio Público** guardó silencio.

VI. CONSIDERACIONES

1. Competencia

De acuerdo con lo establecido en el artículo 133 del C.C.A., esta Corporación es competente para conocer en segunda instancia de las apelaciones contra las sentencias dictadas por los jueces administrativos.

De igual forma, vale señalar que, en virtud del principio constitucional de la *no reformatio in pejus* consagrado en el artículo 31 de la Carta Política, la competencia del superior funcional se limita exclusivamente a resolver, en principio, los problemas planteados en la apelación sin agravar la situación del apelante único. Para el caso concreto, teniendo en cuenta que la sentencia recurrida negó las pretensiones de la demanda y el apelante es solo la parte actora, el Tribunal limitará el estudio a sus argumentos de apelación sin agravarle su condición.

2. Cuestión previa: Valoración probatoria

No pasa por alto la Sala que la parte apelante sostiene dentro de los argumentos de su recurso de apelación que hubo una alteración en el contenido de la historia clínica elaborada por la E.S.E. Hospital Regional de Chiquinquirá, particularmente, en torno a la atención médica brindada el día 15 de mayo de 2008, en la cual el médico internista consignó que la paciente María Leonor Gordillo de Matallana debía asistir a control del medicamento Warfarina en un término de 7 días después de su egreso, pero que en la prescripción médica emitida en esa misma fecha por dicho galeno no



especificó tal orden de control frente al medicamento y lo que indicó taxativamente era que debía asistir a control en un término de 30 días.

Sobre el particular, esta Corporación advierte, una vez revisado el decurso procesal, que dicha prueba documental no fue desconocida ni tachada de falsa por los extremos de la litis en las oportunidades procesales establecidas para el efecto, esto es, en la contestación de la demanda para la parte pasiva y/o dentro de los 5 días siguientes a la notificación del auto que ordene tenerlo como prueba, o al día siguiente al que haya sido aportado en audiencia o diligencia para los dos extremos, según el precepto consagrado en el artículo 289 del C.P.C. norma procesal civil aplicable al abrigo de la cual se rituló el presente asunto.

De tal suerte que, esta no es la oportunidad procesal para que la parte actora apelante cuestione el contenido del acervo probatorio y, en los términos del artículo 252 *ibidem* dicha documental se presume auténtica, teniendo en cuenta además que existe certeza sobre su origen que no es otra que la E.S.E. Hospital Regional de Chiquinquirá, situación que permite a esta instancia valorarla en su integridad para desatar los motivos de inconformidad expuestos.

3. Problema Jurídico

Corresponde a este Tribunal, determinar si en el presente asunto existe responsabilidad extracontractual de la E.S.E. Hospital Regional de Chiquinquirá, a título de falla en el servicio médico, con ocasión a la muerte de la señora Leonor Gordillo de Matallana, progenitora de los demandantes, en razón a un mal diagnóstico en el ingreso a esa institución y un erróneo tratamiento médico surtido con el medicamento Warfarina conforme lo sostiene la parte apelante, o si por el contrario, aquel daño se originó por culpa exclusiva de la víctima en la medida que no atendió los controles médicos que se exigieron para dicho medicamento y porque se le brindó una atención oportuna y eficiente, como lo concluyó el fallo de primera instancia.

4. Marco Jurídico

4.1. Del régimen de responsabilidad aplicable a eventos de responsabilidad médica

La jurisprudencia sobre el régimen de responsabilidad aplicable en los casos de responsabilidad médica no ha sido pacífica. En reciente pronunciamiento del Consejo de Estado precisó sobre este tópico, lo siguiente:

“(…) Es una posición ahora consolidada el que, por regla general², la responsabilidad del Estado por cuenta de daños derivados de intervenciones médicas se compromete bajo el régimen de la falla probada del servicio³, con las consecuencias probatorias que, tal y como se ha reiterado⁴, le son propias. Sobre las razones del cambio jurisprudencial, la Sección sostuvo⁵:

De manera reciente la Sala ha recogido las reglas jurisprudenciales anteriores, es decir, las de presunción de falla médica, o de la distribución de las cargas probatorias de acuerdo con el juicio sobre la mejor posibilidad de su aporte, para acoger la regla general que señala que en materia de responsabilidad médica deben estar acreditados en el proceso todos los elementos que la configuran, para lo cual se puede echar mano de todos los medios probatorios legalmente aceptados, cobrando particular importancia la prueba indiciaria que pueda construirse con fundamento en las demás pruebas que obren en el proceso, en especial para la demostración del nexo causal entre la actividad médica y el daño.

Se acoge dicho criterio porque además de ajustarse a la normatividad vigente (art. 90 de la Constitución y 177 del Código de Procedimiento Civil), resulta más equitativa. La presunción de la falla del servicio margina del debate probatorio asuntos muy relevantes, como el de la distinción entre los hechos que pueden calificarse como omisiones, retardos o deficiencias y los que constituyen efectos de la misma enfermedad que sufra el paciente. La presunción traslada al Estado la carga de desvirtuar una presunción que falló, en una materia tan compleja, donde el álea constituye un factor inevitable y donde el paso del tiempo y las condiciones de masa (impersonales) en las que se presta el servicio en las instituciones públicas hacen muy compleja la

² Es importante anotar que, en algunos casos, la responsabilidad de la administración en materia médico-hospitalaria puede comprometerse aún en ausencia de falla. Así, en sentencia de 29 de agosto de 2013, exp. 30283, con ponencia de quien proyecta este fallo, se señaló que “la ausencia demostrada de una falla del servicio atribuible a la entidad no conduce necesariamente a afirmar la ausencia de responsabilidad, pues pueden existir otras razones tanto jurídicas como fácticas, distintas al incumplimiento o inobservancia de un deber de conducta exigible al ISS en materia de atención y prevención de enfermedades infecciosas, que pueden servir como fundamento del deber de reparar”. Un criterio similar se utilizó en la sentencia de 28 de septiembre de 2012, exp. 22424, C.P. Stella Conto Díaz del Castillo, en estos términos: “la menor (...) estando en satisfactorio estado de salud, tan pronto como le fue aplicado el plan de inmunización, previsto en las políticas de salud públicas, para la atención infantil falleció y aunque las pruebas técnico científicas y testimoniales no permiten relacionar la muerte de la pequeña de ocho meses con la aplicación de la vacuna, se conoce que el componente “pertusis” de la DPT (difteria, tos ferina y tétanos), en un porcentaje bajo, pero cierto, implica riesgo para quien lo reciba”.

³ Sección Tercera, sentencias de 31 de agosto de 2006, ibidem y de 3 de octubre de 2007, exp. 16402, de 28 de enero de 2009, exp. 16700 y de 9 de junio de 2010, exp. 18.683, C. P. Mauricio Fajardo Gómez. Con ponencia de quien proyecta este fallo ver sentencia de 29 de octubre de 2012, exp. 25331.

⁴ Ver, entre otras: Sección Tercera, sentencia de 23 de abril de 2008, exp. 17750, C.P. Mauricio Fajardo Gómez y de la Subsección “B”, sentencia de 4 de junio de 2012, exp. 22411, C.P. Danilo Rojas Betancourth.

⁵ Sección Tercera, sentencia de 31 de agosto de 2006, exp. 15772, C.P. Ruth Stella Correa Palacio.

demostración de todos los actos en los que éste se materializa.

En efecto, no debe perderse de vista que el sólo transcurso del tiempo entre el momento en que se presta el servicio y aquél en el que la entidad debe ejercer su defensa, aunado además a la imposibilidad de establecer una relación más estrecha entre los médicos y sus pacientes, hace a veces más difícil para la entidad que para el paciente acreditar las circunstancias en las cuales se prestó el servicio. (...)

La desigualdad que se presume del paciente o sus familiares para aportar la prueba de la falla, por la falta de conocimiento técnicos, o por las dificultades de acceso a la prueba, o su carencia de recursos para la práctica de un dictamen técnico, encuentran su solución en materia de responsabilidad estatal, gracias a una mejor valoración del juez de los medios probatorios que obran en el proceso, en particular de la prueba indiciaria, que en esta materia es sumamente relevante, con la historia clínica y los indicios que pueden construirse de la renuencia de la entidad a aportarla o de sus deficiencias y con los dictámenes que rindan las entidades oficiales que no representan costos para las partes.

13.2. En la misma línea es necesario señalar que, como lo indicó la parte actora en la sustentación de su recurso de apelación, es cierto que en algunas ocasiones la Sección Tercera de esta Corporación admitió que, en circunstancias en las que no fuera posible esperar certeza o exactitud sobre la existencia de un nexo causal entre la falla y el daño, el mismo podía tenerse por acreditado si se observaba un "grado suficiente de probabilidad"⁶, sin embargo, dicha posición fue precisada en el sentido de indicar que hacía referencia al hecho de que el nexo de causalidad puede demostrarse por vía indirecta, es decir, a través de indicios, pero que en ningún momento constituía una excepción al deber que le asiste a la parte demandante de acreditar lo que tradicionalmente se ha denominado como el vínculo de causalidad que debe existir entre la falla y el daño para que se estructure la responsabilidad de la administración⁸.

13.3. Está claro entonces que, en el estado actual de la jurisprudencia sobre la materia, quien alegue que existió un defecto en la prestación del servicio médico asistencial, debe demostrar tal falla, así como también el daño y los elementos que permitan concluir que este último es atribuible a aquella y no a eventos extraños⁹. Resaltado y subrayado fuera de texto¹⁰.

⁶ Por ejemplo: Sección Tercera, sentencia de 3 de mayo de 1999, exp. 11169, C.P. Ricardo Hoyos Duque. Se dijo en esa oportunidad que si bien no existía certeza "en el sentido de que la paraplejía sufrida (...) haya tenido por causa la práctica de la biopsia", debía tenerse en cuenta que "aunque la menor presentaba problemas sensitivos en sus extremidades inferiores antes de ingresar al Instituto de Cancerología, se movilizaba por sí misma y que después de dicha intervención no volvió a caminar", de manera que existía una alta probabilidad de que la causa de la invalidez de la menor hubiera sido la falla de la entidad demandada, probabilidad que además fue reconocida por los médicos que laboraban en la institución.

⁷ Sobre las dificultades que dicha terminología implica puede leerse la sentencia de la Subsección B de 29 de agosto de 2013, exp. 29133, C.P. Ramiro Pazos Guerrero.

⁸ Sección Tercera, sentencia de 31 de agosto de 2006, exp. 15772, C.P. Ruth Stella Correa Palacio, en la cual se sostuvo: "En cuanto a la prueba del vínculo causal, ha considerado la Sala que cuando resulte imposible esperar certeza o exactitud en esta materia, no sólo por la complejidad de los conocimientos científicos y tecnológicos en ella involucrados sino también por la carencia de los materiales y documentos que prueben dicha relación, "el juez puede contentarse con la probabilidad de su existencia", es decir, que la relación de causalidad queda probada "cuando los elementos de juicio suministrados conducen a 'un grado suficiente de probabilidad'", que permita tenerlo por establecido. // De manera más reciente se precisó que la exigencia de "un grado suficiente de probabilidad", no implicaba la exoneración del deber de demostrar la existencia del vínculo causal entre el daño y la actuación médica, que hiciera posible imputar a la entidad que prestara el servicio, sino que esta era una regla de prueba, con fundamento en la cual el vínculo causal podía ser acreditado de manera indirecta, mediante indicios".

⁹ Sección Tercera, sentencia de 11 de mayo de 2006, exp. 14400, C.P. Ramiro Saavedra Becerra.

Ahora sobre la posibilidad que el Estado responda por las actuaciones de los galenos, el Consejo de Estado ha sostenido:

“7.7. Por lo anterior, la actividad médica capaz de comprometer la responsabilidad de la administración es la falla probada; sin embargo, no solamente se estructura la responsabilidad cuando se contrarían los postulados de la lex artis o, esto es, por funcionamiento anormal, negligente o descuidado del servicio médico, sino también cuando la actividad que se despliega en condiciones normales o adecuadas puede dar lugar objetivamente a que ello ocurra¹¹...”. –Subraya y negrilla fuera del texto-¹².

Y también señaló en reciente providencia¹³ que:

“45. Esta Corporación ha señalado que para comprometer la responsabilidad patrimonial del Estado por el servicio médico debe demostrarse la existencia del daño, ocasionado por el hecho de no prestarse la atención médica con los estándares de calidad exigidos por la lex artis médica¹⁴.

46. Al respecto, la jurisprudencia ha precisado que¹⁵:

“Es necesario que se demuestre que la atención médica no cumplió con estándares de calidad fijados por el estado del arte de la ciencia médica, vigente en el momento de la ocurrencia del hecho dañoso¹⁶. Del mismo modo, deberá probarse que el servicio médico no ha sido cubierto en forma diligente, esto es, que no se prestó el servicio con el empleo de todos y cada uno de los medios humanos, científicos, farmacéuticos y técnicos

¹⁰ CONSEJO DE ESTADO. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Subsección B. Consejero ponente: Danilo Rojas Betancourth. Sentencia de 2 de mayo de 2016. Radicación número: 52001-23-31-000-2003-01349-01(33140) A. Actor: Franco Alberto Gavilanes y otro. Demandado: Nación - Ministerio de Salud - Municipio de Túquerres, Nariño - Hospital San José de Túquerres e Instituto Departamental de Nariño. Referencia: Acción de Reparación Directa.

¹¹ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 29 de agosto de 2013, exp. 30283, M.P. Danilo Rojas Betancourth. En esta oportunidad, la Subsección señaló que “la ausencia demostrada de una falla del servicio atribuible a la entidad no conduce necesariamente a afirmar la ausencia de responsabilidad, pues pueden existir otras razones tanto jurídicas como fácticas, distintas al incumplimiento o inobservancia de un deber de conducta exigible al ISS en materia de atención y prevención de enfermedades infecciosas, que pueden servir como fundamento del deber de reparar”. Un criterio similar se utilizó en la sentencia de 28 de septiembre de 2012, rad. 22424, M.P. Stella Conto Díaz del Castillo, en estos términos: “la menor (...) estando en satisfactorio estado de salud, tan pronto como le fue aplicado el plan de inmunización, previsto en las políticas de salud públicas, para la atención infantil falleció y aunque las pruebas técnico científicas y testimoniales no permiten relacionar la muerte de la pequeña de ocho meses con la aplicación de la vacuna, se conoce que el componente “pertusis” de la DPT (difteria, tos ferina y tétanos), en un porcentaje bajo, pero cierto, implica riesgo para quien lo reciba”.

¹² CONSEJO DE ESTADO. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera-Subsección B. Consejero Ponente: Ramiro Pazos Guerrero. Sentencia de 13 de noviembre de 2014. Expediente: 31182. Radicación: 050012331000199903218-01. Actor: Carlos Andrés Rojas Londoño y otros. Demandado: Instituto de Seguros Sociales y otro. Naturaleza: Acción de reparación directa.

¹³ Consejo de Estado. Sección Tercera. Subsección B. Consejero ponente: Alberto Montaña Plata. Sentencia del 10 de abril de 2019.

Radicación número: 25000-23-26-000-2006-01800-01(41890)

¹⁴ Sección Tercera, sentencia de 11 de mayo de 2006, exp. 14400.

¹⁵ Original de la cita: Subsección B, sentencia de 27 de abril de 2011, exp. 20315.

¹⁶ Sección Tercera, sentencia del 25 de febrero de 2009, radicación No. 52001233100019950793301, expediente No. 17149.



*que se tengan al alcance*¹⁷.

47. Así, en materia de responsabilidad por el acto médico propiamente dicho, esto es el diagnóstico, tratamientos, procedimientos y, en general, las conductas del profesional médico orientadas al restablecimiento o recuperación de la salud del paciente, la imputación del daño se hace, por regla general, desde la perspectiva de una prestación de medios y no de resultados, en cuanto su deber radica en la aplicación de sus conocimientos, entrenamiento, experiencia y todos los medios disponibles orientados a la curación y rehabilitación, sin que le sea exigible el resultado exitoso.

48. Esto significa que para que la administración pueda ser declarada responsable de los daños ocasionados por el ejercicio de la actividad médica hospitalaria, el demandante tiene la carga de demostrar que el servicio no se prestó adecuadamente, bien porque no fue oportuno, o porque no cumplió con los protocolos y estándares de calidad fijados por la ciencia médica al momento de la ocurrencia del hecho dañoso, salvo en lo relativo a los deberes que tienen que ver directamente con el servicio y cuyo cumplimiento depende enteramente del prestador, al margen de la condición y evolución de la salud del paciente, como los relativos al acto médico documental y, en especial, al consentimiento informado y al suministro de la información necesaria para que el paciente propenda por su propio cuidado, caso en el que corresponde al servicio médico demandado demostrar su cumplimiento.

5. Caso concreto

El fallo de primera instancia negó las pretensiones de la demanda al considerar que no existe prueba que indique que hubo un indebido diagnóstico y que el medicamento warfarina fue causa eficiente para el hecho dañoso y lo que sí se pudo establecer es que la E.S.E. Hospital Regional de Chiquinquirá hizo los exámenes de INR exigidos para controlar los niveles de dicho medicamento, que la paciente Leonor Gordillo de Matallana no asistió al control que se le impuso médicamente el galeno especialista de esa institución médica dentro de los 7 días siguientes a su egreso el 15 de mayo de 2005, por lo que dicha omisión configuró la causal eximente de culpa exclusiva de la víctima.

Examinado el escrito de apelación, precisa la Corporación en primer lugar, que son dos los motivos de inconformidad que predica la parte actora en condición de apelante contra la sentencia de primera instancia: por un lado, una indebida valoración probatoria documental y testimonial que acredita un mal diagnóstico efectuado por la E.S.E. Hospital Regional de Chiquinquirá y por otro, un erróneo

¹⁷En este sentido puede consultarse de la Sección Tercera, la sentencia del 11 de febrero de 2009, radicación No. 54001-23-31-000-1993-08025-01(14726).

tratamiento médico efectuado por dicha entidad hospitalaria frente al medicamento Warfarina que se le ordenó a la paciente María Leonor Gordillo de Matallana.

En segundo término, que se dirige única y exclusivamente a examinar la actuación de la citada entidad accionada con exclusión de las demás que fueron convocadas al proceso como fueron el Departamento de Boyacá y la E.S.E. Hospital Regional de Duitama frente a las cuales el impugnante no endilga responsabilidad alguna en esta sede frente al daño alegado.

En este aspecto debe señalarse que la E.S.E. Hospital Regional de Chiquinquirá tiene capacidad para responder por sí sola ante una eventual condena en tanto que conforme con la Ordenanza No. 004 de 2004 una entidad descentralizada del orden departamental, goza de personería jurídica, autonomía administrativa y financiera y patrimonio propio que le permite ser sujeto de derechos y contraer obligaciones (fls.114-125).

Especificado lo anterior, es necesario auscultar el material probatorio allegado al plenario.

5.1. Acervo probatorio

➤ La señora María Leonor Gordillo de Matallana nació el 20 de junio de 1948 (fl. 221) y murió el 20 de junio de 2008 (fl. 16). Era la progenitora de Ruby Consuelo Matallana Gordillo (fl. 17) y Nubia Esperanza Matallana Gordillo (fl. 18) quienes nacieron el 1 de mayo de 1974 y Cesar Augusto Matallana Gordillo (fl. 19) quien nació el 5 de febrero de 1976.g

➤ Entre el representante legal de la E.S.E. Hospital Regional de Chiquinquirá y la Cooperativa de Trabajo Asociado para la Salud “UCINCOOP CTA” se celebró el contrato de prestación de servicios asistenciales No. 040 del 16 de febrero de 2008 cuyo objeto fue que el contratista se obligaba para con el contratante como operador externo y de autogestión dentro de las posibilidades legales que establece el Decreto 536 de 2004 y el Decreto 4588 de 2006, llevar a cabo los procedimientos correspondientes a la prestación de servicios profesionales, técnicos, tecnológicos y

auxiliares para la atención del cliente asistencial en el desarrollo de los procesos de las Unidades Estratégicas de Negocios (UEN) de acuerdo a las condiciones y perfiles contemplados y la capacidad de servicio requerido por la citada entidad hospitalaria y acorde con los componentes definidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de Atención en Salud definidos en la Ley 100 de 1993, Ley 1122 de 2007 y el Decreto 1011 de 2006 y atendiendo las guías y protocolos de atención y los manuales de procesos y procedimientos requeridos para la debida atención a los usuarios de servicios de salud y que deban ser atendidos en la E.S.E., los que deben conocer en su integridad. La vigencia de este contrato fue entre el 16 de febrero al 31 de octubre de 2008 (fls. 184-191).

Igualmente, en esa fecha, estos extremos contractuales suscribieron el contrato de prestación de servicios asistenciales No. 038 cuyo objeto fue para llevar a cabo los procedimientos correspondientes a la prestación de servicios asistenciales especializados en las siguientes áreas: cirugía general, medicina interna y otros servicios y vigencia del 16 de febrero al 31 de octubre de 2008 (fls. 202-205).

➤ Según la historia clínica de la señora María Leonor Gordillo de Matallana expedida por la E.S.E. Hospital Regional de Chiquinquirá se le suministró la siguiente atención médica:

✦ EPICRISIS

Inicio de atención: 24-04-08

Edad: 59 años

Diagnóstico de ingreso: Peritonitis

Procedimientos quirúrgicos: Laparotomía exploratoria + apendicectomía + colostomía derecha.

Resumen de anamnesis, examen físico y evolución: Paciente femenino de 59 años de edad con cuadro clínico de +/- 1 día de evolución consistente en dolor abdominal ubicado fosa iliaca derecha, tipo cólico, émesis No. 5 (...).

Examen físico con dolor a la palpación en fosa iliaca derecha, con dolor en punto de McBurney. Ingres a Sala de cirugía encontrando una peritonitis generalizada, apéndice de aspecto normal, plastrón en ángulo hepático de colón con necrosis subyacente de 2x2 cm y necrosis de la mucosa colónica hacia proximal y distal sin evidencia de mucosa sana, maduración de colostomía derecha. Paciente con dos días de POP, hemodinámicamente estable, no signos de SIRS¹⁸. Se remite a II nivel para colonoscopia.

Complicaciones: ninguna.

Condiciones de la paciente a la salida: Consciente, alerta, orientada, en aceptables condiciones generales, hemodinámicamente estable, no signos de SIRS.

Recomendaciones: Remisión III Nivel para colonoscopia

¹⁸ Síndrome de Respuesta Inflamatorio Sistémico

Firma: Javier Preciado. Especialista en cirugía general.

(fl. 20 y 20 vto, 230)

★ EVOLUCIÓN

24/04/08. Cirugía general. Paciente de 59 años con cuadro clínico de 1 día de evolución consisten en dolor abdominal localizada en fosa iliaca derecha asociado a episodios diarreicos (...)

Dx: 1. **Apendicitis aguda.** 2. Abdomen agudo.

Plan: Cirugía por laparotomía.

24/04/2008: Nota operatoria: Dx. Preoperatoria: Apendicitis Aguda. Dx Postoperatorio: Peritonitis + necrosis y perforación de ángulo hepático de colon – necrosis de mucosa de colon. Intervención: Laparotomía exploratoria. Cirujano: Dr. Preciado (fl. 25, 232).

25/04/2008: Cirugía general: Paciente femenino de 59 años de edad en segundo día de hospitalización con diagnóstico POP laparotomía exploratoria + apendicectomía + colostomía. S/ Refiere leve dolor a nivel abdominal, con deambulacion (+), no picos febriles, sin dificultad respiratoria. O/ consciente, alerta, orientada, afebril, con SNG y SV a cistoflow. Signos vitales (...) Neuro: Sin déficit sensitivo, ni motor. (fl. 26).

26/04/08. Cirugía general: Paciente femenino de 59 años de edad en 2do día de hospitalización con diagnóstico: POP laparotomía exploratoria + colostomía + apendicectomía. S/ Refiere pasar buena noche con leve dolor a nivel abdominal (...) no fiebre (...) **Plan: Remisión para colonoscopia** (fls. 26 y 26 vto).

26/04/08: Nota de turno. Paciente femenina de 59 años de edad manejada por el servicio de cirugía general, **quien reingresa procedente del Hospital San Rafael de Tunja en donde le realizaron colonoscopia en el día de hoy (...)** Dx. Colitis isquémica en resolución. Plan: Ver órdenes médicas. (fl. 26 y 26 vto)

27/04/08: Cirugía general. Paciente femenina de 59 años de edad quien se encuentra en su tercer día de hospitalización con Dx. POP laparotomía exploratoria + colostomía + apendicectomía. S/ Refiere no dolor abdominal, flatos (+) deposición x colostomía y diuresis y sonda, no émesis, no fiebre.

O/ Paciente alerta, hidratada, sin signos de dificultad respiratoria. SV: fr afebril. TA: 120/80. FC. 88X (...) **Paciente en evolución adecuada desde el punto de vista general, con alteración funcional (ilegible)** (fls. 27 vto y 28)

28/04/08 Cirugía general: Paciente femenina de 59 años en su 4ª día de Qx con Dx de POP laparotomía exploratoria + colostomía + apendicectomía. S/ Paciente refiere dolor abdominal en región mesogástrica, de intensidad leve, asociado a astenia y adinamia. O/ Paciente hidratada, alerta sin signos de dificultad respiratoria (...) (fl 28 vto)

29/04/08. Remisión de pacientes solicitud. TAC Abdominal Simple. Paciente de 59 años de edad quien cursa 4to día POP laparotomía exploratoria por isquemia mesentérica localizada en ángulo hepática de colón de etiología desconocida. Hace 2 días presenta cuadro de dificultad respiratoria, tos seca, diatóresis por lo cual se coloca O2 x venturi (...) P/ Se solicita TAC abdominal simple. Servicio al cual se remite: Radiología (fl. 250).

29/04/08. Remisión de pacientes. Solicitud. Remisión a Ecocardiograma. 1) Isquemia mesentérica. 2) Cardiopatía? S/S Ecocardiograma. (fl. 251)

29/04/08 Cirugía general: Paciente femenina de 59 años de edad en 5 día de hospitalización con diagnóstico de POP laparotomía exploratoria + colostomía + apendicectomía. S/ Refiere pasar buena noche, buen patrón respiratorio, diuresis (+), deposición por colostomía (...) no picos febriles, deambulacion (+), tolera vía oral. O/ Consciente, alerta, orientada, hidratada, afebril, signos vitales TA 130/80, FC 88 X, FR 20X (...) Ext. Edema grado I en MsIz, móviles, perfusión distal conservada. Neuro: Sin déficit sensitivo ni motor (...). (fl. 29 y 29 vto).

29/04/08. Medicina Interna. Paciente 5 día hospitalización. POP laparotomía exploratoria + colostomía + apendicectomía. Dx. Post: Peritonitis + necrosis y perforación de ángulo hepático de colon de 2x2 cm quien es interconsultada por el servicio de cirugía con Dx= Isquemia mesentérica con colitis secundaria, cardiopatía? (...) Examen físico: consciente, alerta. (...) Neuro: Sin déficit aparente. Paraclínicos 29- Abril -08 (...) Rx tórax: **foco neumónico basal derecho.** IDx: NAC¹⁹ II B. Plan: **Se adiciona tratamiento amitracina 500 MG iv C/12h.** Resto igual. P/Ecocardiograma (fl. 30 y 30 vto, 247).

30/04/08. Hospital San Rafael de Tunja practica TAC y ecocardiograma (fl. 252)

01/05/08. Medicina Interna: Paciente de 59 años con diagnóstico de 1) POP laparotomía exploratoria + colostomía + apendicectomía. 2) Peritonitis + necrosis y perforación de ángulo hepático de color + necrosis de mucosa del colon 2x2 cm. 3) Neumonía. S/ Paciente con mejoría clínica, deambulacion positiva, flatus negativa, deposición negativa, refiere regular patrón de sueño. Paciente en aceptable estado general con signos vitales de TA 110/70, FC 94X, (ilegible) T 36° (...) abdomen herida quirúrgica sin signos de infección con colostomía en flanco derecho (...) Neurológico: sin déficit aparente. Plan: continuar manejo antibiótico. Firma: Víctor Nova. Medicina Interna. (fl. 31, 248)

01/05/08: Cirugía. Paciente de 59 años en su 7 día de hospitalización con 1) POP laparotomía exploratoria + colostomía + apendicectomía. 2) Peritonitis + necrosis y perforación de ángulo hepático de color + necrosis de mucosa del colon 2x2 cm. 3) Neumonía. S/ Paciente refiere mejoría clínica, deposición negativa, flatus negativos, deambulacion positivo, refiere regula patrón de sueño. o/ Paciente en aceptable estado general con signos vitales de TA 110/70 FC94x FR 19x (...) Neurológico: sin déficit (...) Plan: Dieta blanda, retirar sonda, destete de oxígeno (fl. 31 vto, 248 vto).

02/05/08. Cirugía general. Paciente femenino de 59 años de edad en 8 día de hospitalización con diagnóstico de 1) POP laparotomía + colostomía + apendicectomía. 2) Neumonía. S/ Refiere pasar buena noche, buen patrón de sueño, diuresis (+), deposición por colostomía, no picos febriles, deambulacion (+) (...) Neuro: Sin déficit sensitivo ni motor. (...). **Plan: Salida ordenes médicas** (fl. 32, 249).

02/05/08: Medicina Interna: 1) POP laparotomía exploratoria + colostomía + apendicectomía. 2) Peritonitis + necrosis y perforación de ángulo hepático de color + necrosis de mucosa del colon 2x2 cm. 3) Neumonía. (...) S/ Paciente refiere mejoría, no disnea, tos ocasional, diuresis (...) o/ consciente, alerta (...) Neuro: Sin

¹⁹ Sigla de Neumonía Adquirida en la Comunidad

déficit aparente. P/ Evolución satisfactoria, se cierra interconsulta; fórmula médica. ecocardiograma dentro de límites normales (fl. 32 vto, 250 vto).

✦ *EPICRISIS –del anterior servicio-*

Inicio de la atención: 23/04/08 Urg.

Finalización atención: 02/04/08

Diagnóstico de ingreso: Apendicitis

Procedimientos quirúrgicos hasta su egreso de _____ icos: Laparotomía exploratoria + apendicectomía + colostomía.

Ordenamiento: Paciente con cuadro de dolor abdominal en fosa iliaca derecha, episodios eméticos y diarreicos, se diagnostica apendicitis aguda y es pasada a cirugía en donde se encuentra peritonitis generalizada, apéndice normal, plastrón en cuadro hepático del colon con necrosis de 2x2 cm y necrosis colónica hacia proximal y distal sin evidencia de mucosa sana, colostomía derecha. Paciente en adecuado POP, hemodinámicamente estable, tolerando vía oral sin signos de SDR.

Se decide dar salida por el servicio de cirugía.

Medicina interna: paciente interconsultada con IDX cardiopatía; al examen físico c/p: RS RS, estertores base derecha. Rx tórax: foco neumónico en base derecha. Se continúa manejo A/B **Evolución satisfactoria, salida.**

Ayudas diagnósticas: Ecocardiograma 30-04-08. Estudio dentro de límites normales.

Complicaciones: Ninguna.

Condiciones del paciente a la salida: Hemodinámicamente estable, TVO. sin signos de SIRS, ni SDR²⁰, diuresis y deposición.

Recomendaciones: Med. Interna: Ciprofloxacina (...); Cirugía: recomendaciones generales, signos de alarma (fl. 23 y 23 vto, 226).

Se acompaña formato de consentimiento informado para cirugía general a fin de llevar a cabo el procedimiento de apendicectomía y laparotomía (fl. 227)

✦ *En los resultados de examen emitidos por la E.S.E. Hospital Regional de Chiquinquirá fechados el 3 de mayo de 2008 y los cuales fueron realizados a la apéndice cecal y segmento intestinal retirados quirúrgicamente a la señora María Leonor Gordillo se diagnosticó:*

A) Apéndice cecal:

- **Apendicitis Aguda** en fase edematosa
- Hiperplasia linfoide reactiva
- Periapendicitis aguda
- Negativo para malignidad

B) Segmento de intestino grueso:

- **Colitis aguda necrotizante inespecífica**
- **Peritonitis aguda**
- Negativo para malignidad

(fl. 21)

07/05/2008: Consulta de urgencia. Motivo de la solicitud de servicio. **Dolor de cabeza.** Enfermedad actual: Paciente con cuadro clínico de 1 día de evolución de cefalea intensa desde la 1 a.m. (ilegible) fiebre no cuantificada. Antecedentes: Qx colostomía (ilegible) por necrosis (ilegible información posterior) (fl. 34, 264).

²⁰ Síndrome de dificultad respiratoria

593

EVOLUCION

07/05/08 (ilegible) o la salida del servicio. Examen físico (ilegible) se decide dejar en observación ver órdenes médicas (fl. 35, 265).

08/05/08 Paciente con (ilegible) 75%. IDx Nal nosocomial? (fl. 35, 265).

08/05/08. Se (ilegible) a paciente quien acusa fiebre no cuantificada asociada a cefalea (ilegible) (fl. 35, 265).

08/05/08. 3+40 p.m. Valoración medicina interna. Paciente de 59 años con cuadro clínico de 1 día de evolución consistente en cefalea frontal tipo pulsátil de intensidad moderada acompañado de pérdida de la conciencia niega fiebre escalofrío. Ant: La paciente fue operada hace 15 días en esta institución por peritonitis por perforación del colon, colostomía hospitalizada por 9 días. (...) Dx. TEP? Probabilidad (ilegible). Plan **coagulación plena Remisión III Nivel para angioTAC (sic)** Firma Mario Olarte Armenta. Medicina Interna (fl. 41 vto y 40, 261 y 261 vto)

09/05/08. Hipoxemia severa (fl. 36, 263).

9/05/08. 7+00. Evolución Medicina Interna. Paciente en 1er día de Hx con IDx. 1. **TEP?** S/ Disminución disnea, en lo (ilegible) dolor infra escapular izquierdo, edemas (...) A/ **Pte con probabilidad pre test alto para TEP, teniendo en cuenta disnea súbita (ilegible)**, dolor pleurítico, taquicardia (ilegible) Qx hace 15 días. Plan AngioTAC. Firma: Mario Olarte Armenta. Medicina Interna (fl. 41, 261 vto)

10/05/08. ANGIOTAX de Torax. (...) IDx: 1) Hallazgos compatibles con trombos múltiples en ambas arterias pulmonares y sus ramas. 2. Zonas de atelectasias vs infarto pulmonar en segmento lateral basal del lóbulo inferior del pulmón derecho y posterior basal del lóbulo inferior del pulmón izquierdo (fl. 255)

10/05/08: 7+10. Evolución medicina interna. Paciente con IDx. 1) TEP con probabilidad Pte test alta. S/ Disminución de tos hemoptoica, no disnea, no dolor dorsal, deposiciones (+), diuresis (+), tolerando vía oral. (...) Colostomía en buen estado. Ext= eutróficas, no edemas. SNC: No déficit aparente. (...) IDx: 1) Estado de hipercoagulabilidad?. 2) TEP. Se asume hipercoagulabilidad x colitis isquémica, sin hallazgos cardíacos en eco ni arrítmico y actual clínico de TEP. **Plan: Anticoagulación plena**. Firma. Mario Olarte Armenta. Medicina Interna (fl. 37, 262).

11/05/08. 8+50. Evolución Medicina Interna. Paciente con IDx 1) TEP con probabilidad (ilegible) test alta. S/ Persistencia de tos con expectoración amarillenta diuresis (+), deposición (+), tolerando vía oral. (...) D. Angiotac tórax. 1. Hallazgos compatibles con trombos múltiples en ambas alenas pulmonares y sus ramas. 2. Zonas de atelectasia vs infarto pulmonar en segmento lateral basal del lóbulo inferior del pulmón izq. A/ Pte cuadro con tendencia a la estabilización clínica. **Plan: continúa anticoagulación plena enoxopana – Warfena (sic)** Firma Dr. Víctor Nova. Medicina Interna (fl. 37 vto, 262).

12/05/08 7+30: Evolución Medicina Interna. Pte con IDx 1) TEP. (...) A/ Mejoría parcial de la sintomatología, con elevación de saturación, sin nuevos episodios de dolor torácico. Pl. **P. Niveles de INR**. Firma: Mario Olarte Armenta. Medicina Interna. (fl. 43, 259).

13/05/08. 7+15. *Evolución Medicina Interna. Paciente con IDx TEP. S/ Continúa con tos, expectoración blanquecina, en ocasiones hemoptoica, disminución disnea, diuresis (+), deposición (+) x colostomía, tolerando vía oral (...) INR=1.0 (...) P/ **Se eleva dosis de Warfarina. 2 tabletas/día (ilegible) INR mañana.** Firma: Mario Olarte Armenta. Medicina Interna (fl. 43 vto, 259 vto).*

14/05/08. *Evolución Medicina Interna. Pte con IDx TEP (...) Abd/Colostomía en buen estado (...) INR=1.1. P/ **Se reajusta dosis de Warfarina.** Mañana control INR. Firma: Mario Olarte Armenta (fl. 43 vto. 259 vto).*

15/05/08. 07+00 *Evolución Medicina Interna. Dx: TEP Mejoría de la tos, expectoración amarillenta no disnea. P INR control 1.9. Interconsulta a cirugía general. **Plan: Salida, control INR en 7 días.** P. Valoración de colostomía por cirugía. Firma: Mario Olarte Armenta. Medicina Interna (fl. 42, 258).*

EPICRISIS (fl. 257)

Inicio de la atención: Fecha 08/05/08

Finalización atención: 15/05/08

Diagnóstico de ingreso: TEP²¹

Diagnóstico de egreso: TEP

*Ordenamiento: Paciente de 59 años con cuadro clínico de un día de evolución consistente en cefalea pulsátil con posterior pérdida de la conciencia, niega otra sintomatología. Antecedentes: Laparotomía por perforación del colon + apendicectomía (con 8 días de hospitalización) (ilegible). Por antecedente quirúrgico y saturación baja y RX se sospecha TEP por lo cual se solicita Angiotac el cual muestra múltiples trombos en ambas (...) pulmonar. **Se comienza manejo con anticoagulación con Warfarina.** Paciente con hemo (ilegible) el cual mejora con anticoagulante (fl. 40)*

08/05/2008.

Datos de ingreso: Enfermedad actual: Paciente de 59 años con cuadro clínico de 1 día de evolución consistente en cefalea frontal tipo pulsátil de intensidad moderada asociado a pérdida de la conciencia. Niega fiebre y otra sintomatología.

Antecedentes: Quirúrgicos: Laparotomía por peritonitis por perforación de colón. Farmacológicos: Omeprazol y acetaminofén.

Examen físico: Cabeza y cuello: Paciente alerta, hidratada (...) Neuro: sin déficit.

Impresión diagnóstica: TEP? Plan de manejo: Ver órdenes médicas AMIOTAC. Observaciones: Rx tórax. Atelectasia lóbulo medio (ilegible) trastorno de la repolarización taquicardia sinusal (ilegible).

*13/05/08 **Se solicita control de INR el cual fue de (ilegible) por lo cual se aumenta la dosis.***

14/05/08. Mejoría de tos y hema (ilegible) (fl. 40 vto).

*15/05/08: **Valores de INR adecuado, mejoría notable de sintomatología por lo cual se decide salida.***

Ayudas diagnósticas: AngioTAC: Hallazgos compatibles con trombos en ambas arterias pulmonares y sus (ilegible), zona de atelectasias vs infarto pulmonar en segmento lateral (ilegible) del lóbulo interno del pulmón derecho y posterior basal del lóbulo interno del pulmón izquierdo. 13/05/08 INR 1 (...) control 15/05/08 control (ilegible) INR 1.9

Complicaciones: Ninguna

²¹ Tromboembolismo pulmonar

59A

Recomendaciones: “Warfarina x 5 mg día Omeprazol cap 20 mg noche Z Bec una tab día, ss INR Cita control en un mes. Recomendaciones generales signos alarma (ilegible)” (fl. 40 vto y 41, 257 y 257 vto).

✦ En la fórmula médica suscrita por Mario Olarte Armenta, médico internista de la E.S.E. Hospital Regional de Chiquinquirá a favor de la paciente María Gordillo fechada el 15 de mayo de 2008, le prescribió exámenes paraclínicos y “SS/Cita control medicina interna en un mes” (sic) (fl. 19 a). En esta misma fecha el citado galeno expidió también otra fórmula médica en la que le recetó las referidas recomendaciones consagradas en la epicrisis anterior así:

Nombre genérico medicamento – forma farmacéutica / concentración e indicaciones	Cantidad formulada	Cantidad entregada
1. Warfarina tab X 5m. Tomar una tableta a las 8:00 a.m.	30	
2. Omeprazol cap x 20 mg. Tomar una cap en la noche	30	
3. Z-Bec. Tomar una tab por las tardes	30	

“(sic) (fl. 22)

“HOSPITALIZACIÓN + EPICRISIS

Fecha de egreso: 02/06/08. 9+20

Diagnóstico principal de ingreso: Hematuria

Diagnóstico principal de egreso (confirmado): Hematuria (fl. 44)

Datos de ingreso: Motivo de la solicitud del servicio (percepción del usuario): Dolor estomacal.

Enfermedad actual: Paciente con cuadro clínico caracterizado por dolor abdominal difuso (ilegible) con aparente (ilegible) hemorrágico (ilegible)

Resultados de procedimientos diagnósticos: (...) ecografía general (fl. 44 y 44 vto, 270)

Fecha de egreso: 05/06/08. 19+35.

Diagnóstico principal: ECV

Diagnóstico principal de egreso (confirmado): Hemorragia intracraneana:

Datos de ingreso: “Esta decaída”.

Enfermedad actual: Refiere la hija que desde el lunes presenta hematuria asistió por urgencia y egresa con acetaminofén y orden de ecografía y paraclínicos. Hoy presenta somnolencia permanente, vómito # 10 ocasiones contenido (ilegible).

Antecedentes: Pat TEP (ilegible) Qx. Colostomía (ilegible) **Fármaco Warfarina 5 mg 1 día.**

Hallazgos del examen físico: Paciente en regular estado general, pálida (ilegible) asténica adinámica somnolienta (ilegible).

Dx. Evento cerebrovascular hemorrágico?? Hematoma **Tto Warfarina**. TEP en tto.

Plan: (ilegible). (fl. 45 vto, 266, 266 vto)

Hoja de Remisión de pacientes solicitud.

5/06/08. Médico que remite: Olarte. URGENCIA VITAL. III Nivel Neurología.

Ordenamiento: Paciente 60 años con antecedente de perforación intestinal con subsecuente colostomía, posteriormente presenta tromboembolismo pulmonar x el cual está siendo manejada en este momento. Actualmente consulta por episodio de cefalea global, intensidad moderada, con (ilegible) alteración del estado de conciencia. Familiar refiere que hace 3 días viene presentando hematuria. Al

examen físico TA 127/70, FC 90x, f12. Mal estado general, fuerza disminuida en hemicuerpo izquierdo, hiperreflexia. Babinski (+), Glasgow 13/15. Familiar trae INR 20 mayo 4.4 en el momento no se cuenta con INR en la institución. Se asume ECV hemorrágico. IDx. ECV hemorrágico?

Plan: Remisión III nivel para tomar Neuroimágenes, tratamiento con plasma fresco congelado en el momento infusión Vitamina K, no se cuenta con plasma (fl. 46, 268)

Nota: Paciente presenta deterioro del estado de conciencia el cual requirió de intubación orotraqueal. Se insiste remisión.

18+30 INR: 8.9 (fl. 46 vto, 268 vto)

05/06/08. V.M.I. Paciente en tratamiento con Warfarina por TEP. Consulta por alteración del estado de conciencia y (ilegible) trat. INR del 20/05/08 en 4.4 por razones no claras no acudió a los controles de manejo de anticoagulación posterior a salida. Actualmente Glasgow 14/15(ilegible) Babinski bilateral. (...) con hemoparesis izquierda. Hiperflexión generalizada INR actual no disponible por falta de (...) en la institución. EKG normal.

IDx. Hemorragia intracraneana, sobrecoagulación.

Plan: Remisión urgente TAC cerebral valoración neurocirugía colocación plasma fresco coagulado. Firma: Mario Olarte Armenta. Medicina Interna.

18+30 Nota: Llegó INR que (ilegible) 8.9. Se insiste en remisión (fl. 267).

- En fórmula médica expedida por el médico Ángel Pérez Monroy, médico internista de la Asociación Médica Especializada describió frente a la atención dada a la paciente Leonor Gordillo el 5 de junio de 2008: “*Drs Urgencias. Remito la paciente en mención con antecedente de colitis isquémica, TEP. Recibiendo Warfarina 5 mg/d desde hace 1 1/2 mes sin control INR quien hace desde hace 3 días hematuria franca y hoy signos de HT endocraneana (cef vómito somnolencia) se documenta leve paresia (ilegible) marcada palidez mucocutánea. Remito para TTO intrahospitalario con Vit K IV, plasma fresco, analgesia y urgente/ solicito TAC cerebral. Tomar TP-INR-CH-CREAT-Pde O.*” (Fl. 48).

- En la historia clínica de la señora María Leonor Gordillo de Matallana expedida por la UCI de Salud Vital de Colombia se deja ver que se le suministró la siguiente atención médica (fl. 53-58, 386-392):

“EPICRISIS

Fecha de ingreso: 06/06/08. Hora de ingreso: 00:15

Motivo de ingreso: Paciente con cuadro de 1 día de evolución consistente en cefalea intensa asociado a alteración del estado de conciencia, hematuria de 3 días actualmente en manejo con Warfarina con TEP, consulta a Hospital Regional de Chiquinquirá en donde valoran paciente en cuanto encuentran INR 8. Requiere ventilación mecánica (ilegible) lo cual realizan IOT y remiten a esta UCI por

595

posible ECV toman TAC cerebral que muestra hematoma y hemorragia intraparenquimosa con desviación de la línea media.

Antecedentes médico quirúrgicos: PAT: TEP Hx por PAT Qx colostomía TA niega farmacológicos **Warfarina**.

Diagnósticos del paciente: Hemorragia intracerebral en hemisferio, no especificada.

Evolución y tratamiento hospitalario:

(...)

Dx: 1. **ECV hemorrágico secundario**

2. **Sobrecoagulación con Warfarina**

Plan: Manejo integral en UCI. Transfusión de hemoderivados. Manejo interdisciplinario.

6/06/08. 08:20. Paciente quien estaba con anticoagulación oral con cumarínicos por tromboembolismo pulmonar quien como complicación de sobreanticoagulación desarrolla ACV hemorrágico con desviación de la línea media. Al ingreso INR prolongado por lo cual se revierte con administración de PFC, se realizan nuevos tiempos de coagulación una vez completada la transfusión. Estamos a la espera de valoración por neurocirugía para definir conducta quirúrgica. Por el momento se continúa igual tratamiento médico instaurado, se solicita reserva de más PFC.

Objetivos: Evitar mayor daño cerebral, 2. Definir conducta quirúrgica y 3 Revertir efecto coumarínico.

Problemas: 1. Sobreanticoagulación. 2. Desviación de línea media.

Plan: Control de tiempos de coagulación. 2. IC por neurocirugía. 3. Neuroprotección. 4. Reserva de 6u de FPC más. 5. Medias de compresión venosa.

06/06/08: 15:45. Nota Médica. 14:00 Estable con soporte de dopamina. **Se lleva a cirugía para drenaje de hematoma.**

06/06/08. Nota médica. 16+20. Reingresa de salas de cirugía estable con dopamina. Bajo efectos residuales de anestesia. (...) Se habla con familiares se explica situación, pronóstico reservado, se decide 48 horas de protección cerebral. Estable se continúa estrategia de protección cerebral, Se continúa soporte con dopamina. (fls. 53)

07/06/2008. Nota UCI día. Paciente quien continúa requiriendo soporte vasopresor, mejoría de la simetría pupilar, por hipernatremia (...)

Problemas: 1. Hipotensión sostenida, 2. Lesión neurológica.

Plan: Se inicia antibiótico profiláctico posquirúrgico (...)

08/06/08. Evolución UCI del día. Estable, se suspende sedación para valoración neurológica, en el momento sin respuesta inflamatoria sistémica, se espera evolución neurológica.

(...)

09/08/08. Nota UCI del día. Paciente sin sedación desde hace 24 horas sin respuesta neurológica adecuada para intentar extubación (...) cuadro hemático muestra disminución de 2G/DL de hemoglobina sin signos de sangrado externo, por riesgo de embolia se inicia heparina profiláctica y se suspende vitamina K.

(...)

Plan: Continuar manejo instaurado.

10/06/08: Hora 14:14. Nota UCI día. Paciente sin sedación desde hace 48 horas con mejoría en la respuesta neurológica, sin embargo, no lo suficientemente alerta para el proceso de extubación exitoso, respiraciones espontáneas de buena calidad, presentó pico febril en la noche (...) se espera mejoría en estado neurológico y patrón respiratorio para intentar extubación.

(...)

Plan: 1. Protocolo de extubación. 2. SS/ Cultivo de dren subdural. (...) Evolución UCI en la noche. Pobre respuesta neurológica, tolera extubación. Sin embargo estado de conciencia muy comprometido, en espera de respuesta neurológica.

11/06/08. Evolución UCI día. Paciente en periodo crítico posextubación por el momento bien tolerada, hiperkalemica según reporte de laboratorio (...) Plan: Sesundo potasio, 2. Nutrición enteral, 3. Retiro Drum, 4. Heparina Suspende. (...)

12/06/08. Evolución UCI día. Paciente con evolución satisfactoria, con hipokalemia leve por lo cual se inicia reposición oral, se suspende el magnesio. Es aceptada por el Dr. Pulido neurocirujano. Se trasladará cuando haya cama disponible en el Hospital. (...)

Plan: 1. Ion K 10CC C/8 horas por sog. 2. Ferulaje. 3. Continuar terapia. 4. Traslado a piso.

Nota de la tarde 16+30. Sin disponibilidad de camas en el Hospital Regional de Duitama por lo cual no es posible trasladarla por el momento.

13/06/08. Evolución UCI del día. Paciente con mejoría de su condición neurológica, obedece órdenes sencillas, con aumento de leucocitos (...) pendiente traslado a piso tan pronto haya disponibilidad de camas. Por signos de deshidratación se aumenta aporte de líquidos basales (...).

Plan. 1. Aumentar líquidos basales (...). **2. Traslado a piso.** 3. Continuar terapia (...).

➤ En la historia clínica de la señora María Leonor Gordillo de Matallana expedida por la E.S.E. Hospital Regional de Duitama se advierte que se le suministró la atención médica que se discrimina a continuación (fls. 49-51, 369-370):

"EPICRISIS REFERENCIA.

Iniciación de la atención: 13/06/08 Neurocirugía.

Diagnóstico: POP día 7 drenaje hematoma subdural agudo

Motivo de consulta: Paciente ingresa a piso procedente de la UCI donde permaneció hospitalizada del 6/06/08 al 13/06/08 por POP de drenaje de hematoma subdural agudo. En el momento leve mejoría. Cefalea. Antecedentes: TEP –Qx: colostomía. Farmacológicos: Warfarina. EF. Somnolienta- responde a las órdenes, apertura ocular espontánea. Presencia de herida saturada de craniotomía sin signos de infección (...) (fl. 369)

14/06/08. Paciente más despierta. Responde preguntas del encuestador. Habla más según familiar. Refiere dolor en nariz por paso de sonda de NET. Hx Qx sin signos de infección RSRA con roncus en ACP (...).

15/06/08. Paciente más despierta – cefalea leve. Leve dolor abdominal. HXQX sin signos de infección. Neuro: obedece órdenes. Desorientada. Glasgow 15/15. Se ordena dieta blanda. Paciente presenta cefalea por lo cual se ordena dipirona (...) y se solicita TAC cerebral simple de control ROM

SAB

16/06/08. *Paciente con mejoría. Refiere leve dolor de cabeza. Niega otro síntoma. Hx Qx sin signos de infección. Neuro: moviliza 4 extremidades. P/ sigue igual manejo. Se suspende LEV. Se deja catéter sellado.*

17/06/08. *Refiere cefalea de intensidad moderada. Niega émesis. Diuresis (+). EF= Neuro: Moviliza 4 extremidades. P/Sigue igual manejo.*

18/06/08. *Paciente refiere dolor en cuello de compromiso muscular, Diuresis (+) levemente hematórica. Cefalea leve. EF= Hx Qx sin signos de infección local. Resto de examen normal. p/ Sigue igual manejo.*

19/06/08. *Paciente refiere sensación de pesadez con (ilegible). Neurológicamente estable con herida limpia se retira puntos de sutura. Sin inconvenientes. Se ordena vigilancia neumológica según (ilegible) se determina salida.*

20/06/08. *(...) Dificultad respiratoria severa (...) Se interconsulta servicio de UCI (ilegible) Se baja a UCI.*

➤ En la historia clínica de la señora María Leonor Gordillo de Matallana expedida por Salud Vital de Colombia Unidad de Cuidado Intensivo e Intermedio con posterioridad al 20 de junio de 2008, se deja ver que se le suministró la siguiente atención médica (fl. 519-521):

*“20/06/08: Motivo de ingreso y enfermedad actual: Paciente conocida en la institución con hematoma subdural agudo secundario a sobreanticoagulación por Warfarina el cual fue drenado luego de corrección de sobreanticoagulación con plasma. Evolución favorable por lo cual fue trasladada a piso donde se le iba a dar salida el día de hoy cuando de más o menos 30 minutos la paciente desarrolla alteración del estado de conciencia por lo cual nos interconsultan. Se encuentra paciente polipneica y taquicardica diaforética con isocoria reactiva sin respuesta al dolor. Se toma glucometria normal (...) se decide intubación orotraqueal pero la paciente desarrolla paro cardiorrespiratorio por lo cual se inician maniobras de reanimación (...) y manejo farmacológico con adrenalina y atropina. Durante la reanimación se logró obtener pulso en tres oportunidades (...) Posteriormente se documentó ritmo de actividad eléctrica sin pulso, y **teniendo en cuenta que la causa más probable del paro es deterioro neurológico por reesangrado** se decidió manejar en forma agresiva ante un posible hipertensión endocraneana por lo cual se administró un bolo de manitol (...) no respondió al tratamiento instaurado. Luego de 20 minutos de reanimación avanzada (...) se suspenden maniobras. **Fallece a la 1 p.m.***

Antecedentes médico – quirúrgicos: Otros: embolismo pulmonar hace 3 meses. Colostomía

Plan de atención: Actividad eléctrica son pulso posible etiología ECV nueva, catastrófico que no respondió al tratamiento médico especializado. Se realiza certificado de defunción (fl. 520).

➤ En su testimonio el médico internista ARIEL ALFONSO PÉREZ MONROY, quien atendió a la señora Leonor Gordillo de Matallana el 5 de junio de 2008, por servicio médico particular señaló (fls. 27-29 Anexo 2 cuadernillo verde):

“PREGUNTADO: enterado del objeto de esta diligencia, sírvase hacer un relato claro y concreto de los hechos respecto de los cuales usted tenga conocimiento. CONTESTÓ: yo como médico internista atendió a la señora MARÍA LEONOR GORDILLO, el día 5 de junio de 2008, quien acudió a mi consultorio por presentar de forma aguda el mismo día citado cefalea intensa, somnolencia progresiva, vómito y paresia (debilidad) en el hemicuerpo izquierdo. Dos días antes la señora Gordillo había presentado un episodio de hematuria macroscópica (sangrado por vejiga), por lo cual había acudido al hospital San Salvador donde se interpretó el cuadro como una infección urinaria para lo cual le dieron tratamiento antibiótico. Como antecedente importante la señora Gordillo había sido hospitalizada 20 días antes en el hospital San Salvador por aparente cuadro de tromboembolismo pulmonar (trombos en las arterias pulmonares) y colitis isquémica que requirió tratamiento quirúrgico (trombos en las arterias del intestino), por ese motivo la paciente había egresado medicada con anticoagulantes orales para prevenir nuevos cuadros trombóticos (warfarina). Para el día en que yo la revise no se había realizado el control de esta droga con el laboratorio conocido como tiempo de protrombina – INR que es un examen que mide la acción anticoagulante de la warferina. Yo encontré a la paciente somnolienta, confusa, cefalea intensa y franca debilidad en el hemicuerpo izquierdo. Estos datos hacían pensar que la paciente tenía un sangrado cerebral con hipertensión endocraneana aguda por probable sobreacción de la warfarina. Inmediatamente se explicó cuadro clínico a la familia y se remitió con carácter urgente al hospital de Chiquinquirá para realizar el examen de INR, e iniciar las medidas tendientes a revertir la acción del fármaco anticoagulante. Además, se aclaró que la paciente necesitaba con carácter urgente una tomografía cerebral para documentar el sangrado cerebral, su extensión, gravedad y probablemente indicar tratamiento neuroquirúrgico, estos hechos ocurrieron hacia las dos y media de la tarde de un jueves y es lo único que conozco del caso. PREGUNTADO: sírvase indicar al despacho si la atención que usted hizo de la señora MARÍA LEONOR GORDILLO la realizó prestando servicio particular. CONTESTO: si, la consulta hecha fue de manera particular, en mi consultorio ubicado para ese entonces en la calle 16 No.10-18 consultorio 301. PREGUNTADO: con anterioridad a la atención que se le hiciera a la señora Gordillo y por la cual acudió a su consultorio, usted había atendido a dicha señora. CONTESTO: no, no lo recuerdo. PREGUNTADO: usted hizo un relato de la hospitalización que se le hizo a la señora gordillo unos veinte días antes de su atención, sírvase indicar si los aspectos relacionados con lo que allí se dictaminó, fueron verificados por usted o son los que le informara la paciente. CONTESTO: estos datos fueron suministrados por la familia de la paciente dado que la paciente presentaba un estado contusiona' y somnolencia para el momento de la consulta (...) PREGUNTADO: sírvase informar al despacho si usted verifico con algún documento que a la paciente Gordillo de Matallana se le haya suministrado el anticoagulante que usted señalo warfarina. CONTESTO. No lo recuerdo, sé que la información toda la daba la familia. PREGUNTADO. Cómo usted llega a la conclusión que no se le ha hecho buen control del anticoagulante warfarina de acuerdo por lo usted señalado. CONTESTO. Por la información dada por la familia, debo aclarar que si los diagnósticos previos de embolismo pulmonar y colitis isquémica son correctos, el tratamiento adecuado es la anticoagulación crónica formal con warfarina. Lo que pasa es que dicha droga tiene una farmacocinética errática e individual en cada paciente, por lo cual se debe hacer un seguimiento inicialmente diario del INR hasta asegurar que la anticoagulación está en niveles óptimos (INR entre 2 y 3); cuando esto sucede por dos días consecutivos, se da egreso al paciente con orden de INR de cada 8 días y control médico para ajustar dosis de acuerdo al examen de laboratorio. En

ocasiones se debe incrementar y otras tantas se debe disminuir de acuerdo al laboratorio. después de un mes los controles se realizan mensualmente o cuando la clínica lo amerite (sangrados, hemorragias o clínica sugestiva de nuevos eventos trombóticos). PREGUNTADO. Sírvase aclarar al despacho si el diagnóstico que usted efectuó a la señora Leonor Gordillo de Matallana fue solamente por la información suministrada por los pacientes de acuerdo a las respuestas ya efectuadas, o le hizo a esta paciente un exhaustivo examen. CONTESTO: los diagnósticos no solamente para esta paciente sino para cualquier paciente dado no se hacen por interrogatorio de la familia sino que se tienen en cuenta datos del interrogatorio, revisión de síntomas por sistemas, antecedentes y desde luego un exhaustivo examen clínico que en esta paciente se practicó. PREGUNTADO: de acuerdo a su experiencia como médico y a la atención prestada a esta paciente Gordillo de Matallana, podría informar al despacho si hubo alguna omisión o error médico en la atención a la paciente, en la atención que usted refiriera que ya había ocurrido hacía 20 días. CONTESTO: en lo ocurrido hacía 20 días yo no puedo dar respuesta porque yo no participe del caso. (...) PREGUNTADO: Sírvase decirle al despacho de acuerdo con su experiencia médica si una cirugía puede tener riesgos o puede presentar complicaciones con posterioridad. CONTESTO: toda cirugía pequeña o grande tiene implícito el riesgo y unas complicaciones dependiendo del caso PREGUNTADO: manifiesta usted en respuestas anteriores que pudo haber existido una complicación de la señora María Leonor Gordillo respecto de la aplicación de un medicamento, de acuerdo con su experiencia médica pudieron existir otros tipos de complicaciones con posterioridad a la cirugía realizada a la señora por otras situaciones o patologías. CONTESTO: no, con el cuadro clínico descrito lo fundamental era descartar un sangrado cerebral como consecuencia de la acción de la warfarina. Recuérdese que dos días antes ya la paciente tenía un cuadro de sangrado urinario lo cual apuntaba a que en realidad la paciente estaba sobreanticoagulada. PREGUNTADO. Al momento de realizar su examen médico, ordenó usted a la paciente la práctica de exámenes de laboratorio. CONTESTO: no porque la situación era de emergencia. fue remitida al hospital para que todos los paraclínicos se hicieran en esta institución incluyendo tiempos de coagulación, TAC cerebral y se iniciara según examen, la reversión de la sobre anticoagulación con plasma fresco y/o vitamina K. PREGUNTADO. Sírvase decirle al despacho si la sobreanticoagulación es una situación de común ocurrencia de acuerdo con la literatura médica y de acuerdo con la experiencia que usted tiene sobre el particular. CONTESTO. La sobreanticoagulación no es una complicación del acto quirúrgico sino el resultado de un fármaco llamado warfarina que es de difícil manejo en fases iniciales. Es común ver los dos extremos, o bien sobreanticoagulación o bien la necesidad de dosis crecientes para lograr un efecto anticoagulante óptimo ello quiere decir que la dosis crónica se debe fijar de manera individual y con un seguimiento estrecho del INR. (...)"

- En el interrogatorio de parte del señor Alexander Mesa Romero, Gerente del Hospital Regional de Duitama manifestó que (fls. 60-61 Anexo 2):

"PREGUNTADO: Sírvase decirle al Despacho si tiene conocimiento de la prestación prestada a la señora Leonor Gordillo de Matallana en el Hospital de Duitama. CONTESTO: Lo poco que se es lo que pude deducir de una lectura muy somera que se realizó de la historia clínica para un comité, se trata de una paciente proveniente de Chiquinquirá, que vale la pena mencionar no es una institución perteneciente a nuestra red, pero que en ocasiones el hospital Regional de Duitama apoya a otras instituciones de otras redes en la solución de pacientes complicados como el caso que nos atañe. Puedo deducir que la institución lo único que hizo fue

atender la complicación de otra institución, ya que la paciente ingresa en muy malas condiciones. Tan es así que solo se atiende por urgencias y pasa inmediatamente a la unidad de cuidados intensivos donde fallece. Es necesario mencionar que la unidad de cuidado intensivo a pesar de funcionar dentro del Hospital regional de Duitama, se trata de un prestador de servicios de salud privado, la conclusión es que el Hospital regional de Duitama lo que hizo fue atender la urgencia, y por las malas condiciones de la paciente remitirla a cuidado intensivo. El Hospital Regional de Duitama, puso para su servicio todas las condiciones tecnológicas y físicas a su alcance y prestó el servicio de manera diligente y oportuna PREGUNTADO: De acuerdo con su conocimiento médico dígame al Despacho cual era la patología que presentaba la paciente de acuerdo con la historia clínica y si se siguieron los protocolos y procedimientos para la atención. CONTESTO: La paciente cursaba con un cuadro de sepsis, secundario a una peritonitis, por las malas condiciones es remitida a la UCI lo cual es parte del protocolo de la institución. (...) PREGUNTADO: Sírvase decirle al Despacho si en la historia clínica del Hospital Regional de Duitama o de la UCI se pudo establecer las causas de fallecimiento de la señora Leonor Gordillo de Mantilla. CONTESTO: No podría establecerlo realmente porque el fallecimiento ocurrió en la Unidad de Cuidados Intensivos y no recuerdo esa parte de la historia clínica. (...).

➤ En su testimonio, el señor HENRY ARTURO MEDINA manifestó que (fls. 24-25 Anexo 3):

“PREGUNTADO POR EL JUZGADO: Diga al juzgado todo cuanto le conste sobre la atención, que le fue prestada a la señora MARIA LEONOR GORDILLO E MATALLANA en el Hospital Regional de Chiquinquirá, antes del fallecimiento, su atención dentro del hospital, si sabe cuáles fueron las razones de su muerte CONTESTO: La atención me dijo una hija que fue buena, pero que después le recetaron unas pastas y según era le sentaron mal y se agravo, según la hija me canto que fue mal administrada la droga y le sentó mal. PREGUNTADO POR LA PARTE ACTORA. Infórmele al despacho si conoció a la señora MARÍA LEONOR GORDILLO DE MATALLANA en caso positivo cuanto tiempo hace y por qué. CONTESTO. Si la conocí como veinte a veinticinco años y porque era vecina. PREGUNTADO. Explíqueme al despacho en que se desempeñaba la señora MARÍA LEONOR GORDILLO DE MATALLANA si era ama de casa o que hacía. CONTESTO: Yo la conocí vendiendo en la plaza de mercado de lichigo, nosotros le comprábamos a ella, el trabajo de trabajo de ella era permanente los martes y miércoles en Chiquinquirá, y ella viajaba también a Pauna y Saboya para la venta de lichigo. PREGUNTADO. Si sabe o le consta, durante cuánto tiempo la señora MARÍA LEONOR GORDILLO DE MATALLANA desempeño la función que en su respuesta anterior hacía. CONTESTO: Desde que yo la conocí ella tenía esa función. PREGUNTADO. Diga al despacho si la señora GORDILLO DE MATALLANA dependía económicamente de alguien. CONTESTO: No ella dependía de ella misma, ella era viuda. PREGUNTADO. Indíqueme al despacho si la señora MARÍA LEONOR GORDILLO tenía algún miembro de su familia bajo su cuidado y protección. CONTESTO: Yo siempre la veía con dos nietos, ellos le decían abuela, creo que ellos dependían de ella, ellos vivían con ella. PREGUNTADO. Indíqueme al despacho si sabe o le consta como era el trato de la señora MARÍA LEONOR GORDILLO con sus hijos RUBY, CONSUELO, NUBIA ESPERANZA y CESAR AUGUSTO MATALLANA GORDILLO. CONTESTO. Normal, de mamá e hijos, se llevaban bien, eran muy unidos” (...)

598

➤ En su testimonio la señora ANA BARBARÁ RINCÓN manifestó (fls. 26-27 Anexo 3):

“PREGUNTADO POR EL JUZGADO: Diga al juzgado todo cuanto le conste sobre la atención, que le fue prestada a la señora MARIA LEONOR GORDILLO DE MATALLANA en el Hospital Regional de Chiquinquirá, antes del fallecimiento, su atención dentro del hospital, si sabe cuáles fueron las razones de su muerte. CONTESTO: Tengo entendido que a ella le dio un dolor de estómago y la llevaron al hospital, y le hicieron una operación de apendicitis y no era, los médicos no estaban muy pendientes de ella por estar atendiendo otros casos y le aplicaron un medicamento que no le deban habérselo aplicado, eso lo sé porque la hija de ella me lo comento, el fallecimiento de ella fue por la cirugía que le hicieron porque ella era una persona alentada, PREGUNTADO POR LA PARTE ACTORA: Desde cuanto tiempo usted conoció a la señora MARIA LEONOR GORDILLO y porque motivo. CONTESTO: Hace veinticinco años que yo conocí a la señora MARIA LEONOR GORDILLO porque éramos vecinos. PREGUNTADO: Infórmele al despacho si sabe o le consta en que se desempeñaba la señora MARIA -LEONOR GORDILLO. CONTESTO: Ella trabajaba en la plaza de mercado vendiendo mercado de plaza en Chiquinquirá el día miércoles, los martes en Saboyá y los domingos trabajaba en Pauna. PREGUNTADA. Sabe o le consta cuanto devengaba la señora MARIA LEONOR GORDILLO en este oficio. CONTESTO: En el mes de ochocientos a un millón de pesos. PREGUNTADO. SABE O LE CONSTA si la señora GORDILLO DE MATALLANA tenía bienes de su propiedad. CONTESTO. Si su casita. PREGUNTADO. Sabe o le consta si de la señora LEONOR GORDILLO DE MATALLANA dependían sus hijos CONTESTO: Dependían de ella dos nietos CRISTIAN y ANYI. PREGUNTADO. Diga al despacho si sabe cómo era el trato entre la señora LEONOR GORDILLO DE MATALLANA con sus hijos si era cercano o como era. CONTESTO. El trato era bueno muy cercano entre ellos PREGUNTADO: Si sabe o le consta que la muerte de la señora LEONOR GORDILLO hubiese ocasionado a sus hijos un daño moral al igual que económico. SI ESO FUERA AFIRMATIVO Explique el porqué. CONTESTO: Si les causo daño”

➤ En su testimonio, la señora YANETH ROCIO ZAMBRANO RINCON manifestó (fls. 28 Anexo 3):

“PREGUNTADO POR EL JUZGADO: Diga al juzgado todo cuanto le conste sobre la atención, que le fue prestada a la señora MARIA LEONOR GORDILLO DE MATALLANA en el Hospital Regional de Chiquinquirá, antes del fallecimiento, su atención dentro del hospital, si sabe cuáles fueron las razones de su muerte. CONTESTO: Yo sé que ella llegó al hospital y le dijeron que era apendicitis y después de salir de cirugía le dijeron sus hijos que la operación que le habían realizado era de colon mas no de apendicitis de la atención no me consta nada de eso, de pronto un medicamento que le dieron y no era el apropiado y eso fue lo que le ocasiono su muerte. PREGUNTADO POR LA PARTE ACTORA: Desde cuanto tiempo usted conoció a la señora MARIA LEONOR GORDILLO y porque motivo. CONTESTO: Como quince años porque es la mamá de una amiga de mi mamá. PREGUNTADO: Infórmele al despacho si sabe o le consta en que se desempeñaba la señora MARIA LEONOR GORDILLO. CONTESTO: Ella trabajaba vendiendo mercado de plaza los fines de semana en Pauna, los miércoles acá en Chiquinquirá y los martes ella viajaba a Saboya. PREGUNTADA. Sabe o le consta cuanto devengaba la señora MARIA LEONOR GORDILLO en este oficio. CONTESTO: Yo

escuchaba que cerca de setecientos mil a un millón de pesos. PREGUNTADO. Sabe o le consta si de la señora LEONOR GORDILLO DE MATALLANA dependían sus hijos CONTESTO: Ella tenía a cargo dos nietos CRISTIAN y ANGY y le colaboraba económicamente a sus tres hijos sobre todo al menos CESAR. PREGUNTADO. Diga al despacho si sabe cómo era el trato entre la señora LEONOR GORDILLO DE MATALLANA con sus hijos si era cercano o como era. CONTESTO. El trato entre ellos era cercano. (...)

- En su testimonio NELLY CASTAÑEDA PEÑA señaló (fls. 29-30 Anexo 3):

“PREGUNTADO POR EL JUZGADO: Diga al juzgado todo cuanto le conste sobre la atención, que le fue prestada a la señora MARIA LEONOR GORDILLO DE MATALLANA en el Hospital Regional de Chiquinquirá, antes del fallecimiento, su atención dentro del hospital, si sabe cuáles fueron las razones de su muerte. CONTESTO: Yo fui una sola vez a visitarla en ese momento ella estaba un su dolor de estómago y después fui a visitarle a la casa, a ella la iban a operar de la apéndice y le hicieron otra cirugía, no sé dónde le hicieron esa cirugía, su muerte fue por el mal manejo de una parte la wafarina. PREGUNTADO POR LA PARTE ACTORA: Desde cuanto tiempo usted conoció a la señora MARIA LEONOR GORDILLO y porque motivo. CONTESTO: Hace más de veinte años porque ella vivía en el mismo barrio donde mis padres tienen su casa. PREGUNTADO: Infórmele al despacho si sabe o le consta en que se desempeñaba la señora MARIA LEONOR GORDILLO. CONTESTO Ella era comerciante en las plazas de mercado de Chiquinquirá, Saboyá, Fauna. PREGUNTADA. Sabe o le consta cuanto devengaba la señora MARIA LEONOR GORDILLO en este oficio. CONTESTO: Sería por ahí un millón de pesos creo yo, según como estuviera la plaza. PREGUNTADO. Sabe o le consta si de la señora LEONOR GORDILLO DE MATALLANA dependían sus hijos. CONTESTO: Hasta donde yo tengo entendido ella tenía a su cargo dos nietos PREGUNTADO. Diga al despacho si sabe cómo era el trato entre la señora LEONOR GORDILLO DE MATALLANA con sus hijos si era cercano o como era. CONTESTO. El trato de ellos era bueno muy cercano PREGUNTADO: Si sabe o le consta que la muerte de la señora LEONOR GORDILLO hubiese ocasionado a sus hijos un daño moral al igual que económico, si eso fuera afirmativo Explique el porqué. CONTESTO: No sé. PREGUNTADO POR LA PARTE DEMANDADA. Sírvase decirle al despacho con que base afirma usted que la muerte de la señora LEONOR GORDILLO obedeció a un medicamento. CONTESTO. Pues que prácticamente mi papá lo tienen con esa misma droga y el médico nos explica _el manejo de esa droga y tiene control cada quince días, y creo que a ella no le explicaron el manejo de esa droga. (...)”

Especificado el contenido del acervo probatorio que milita en el plenario, procede la Sala a examinar los elementos configurativos de responsabilidad estatal a título de falla probada en el servicio médico, título llamado a aplicarse, en criterio de la jurisprudencia del Consejo de Estado y de este Tribunal en asuntos como el analizado.

5.2. Daño

Debe ostentar la naturaleza de cierto, actual y determinado para predicar el cumplimiento de los preceptos normativos contenidos en el artículo 90 de la Constitución Política, necesarios para sustentar la existencia del daño antijurídico.

Para la Colegiatura no existe duda frente a la existencia de un hecho dañoso para los demandantes consiste en la muerte de su progenitora, señora María Leonor Gordillo de Matallana.

Ello se prueba no solo con la historia clínica de la E.P.S SaludVital que registró el fallecimiento de dicha paciente el día 20 de junio de 2008²² después de que fuera remitida de la E.S.E. Hospital Regional de Duitama proveniente de la E.S.E. de Chiquinquirá el día 6 de junio de 2008 (fl. 53-58, 386-392), sino con las partidas de nacimiento de los demandantes Ruby Consuelo, Nubia Esperanza y César Augusto Matallana Gordillo en las que se señala que su progenitora era la señora Gordillo de Matallana, relación de parentesco en primer grado que permite deducir que padecieron dolor, aflicción y congoja con ocasión de su deceso.

Cabe señalar además que, la configuración de este elemento de responsabilidad, no está en discusión en esta instancia.

5.3. Imputación fáctica y jurídica

Como se indicó líneas atrás, 2 son los motivos de inconformidad que predica la parte actora en condición de apelante contra la sentencia de primera instancia: indebida valoración probatoria documental y testimonial que da cuenta de un mal diagnóstico efectuado por la E.S.E. Hospital Regional de Chiquinquirá y de un erróneo tratamiento médico efectuado por dicha entidad hospitalaria frente al medicamento Warfarina; circunstancias configurativas de falla en el servicio médico.

Ahora bien, advierte la Sala que, en torno al cargo de apelación relativo a la existencia de un mal diagnóstico ante el padecimiento de la señora María Leonor

²² Hecho que se corrobora con el certificado de defunción visible a folio 16.

Gordillo de Matallana a su ingreso a la E. S.E. accionada, la sentencia de primera instancia no emitió pronunciamiento alguno en ese sentido, pese a que fue un hecho imputable de falla de servicio médico desde el libelo introductorio.

Con todo, la Sala examinará si se configuró esa falla por mal diagnóstico imputado. Así, debe decirse que la Sección Tercera del Consejo de Estado, señaló que se incurre en este tipo de falla ante los siguientes supuestos:

“(…) En materia de responsabilidad médica, “Uno de los momentos de mayor relevancia en la prestación del servicio médico lo constituye el diagnóstico, el cual se convierte en uno de los principales aspectos de la actividad médica, como quiera que los resultados que arroja permiten elaborar toda la actividad que corresponde al tratamiento médico.”²³

Para tales efectos, tenemos que “Las fallas en el diagnóstico de las enfermedades y el consecuente error en el tratamiento están asociadas, regularmente, a la indebida interpretación de los síntomas que presenta el paciente o a la omisión de la práctica de los exámenes que resultaban indicados para el caso concreto. Por lo tanto, cuando el diagnóstico no es conclusivo, porque los síntomas pueden indicar varias afecciones, se incurre en falla del servicio cuando no se agotan los recursos científicos y técnicos al alcance para determinar con precisión cuál es la enfermedad que sufre el paciente.”²⁴ –Resaltado y subrayado fuera de texto²⁵–.

Precisado lo anterior, considera la Sala al examinar el caudal probatorio que no se configuró dicho error.

Ello si se tiene en cuenta que al ingreso de la paciente a la E.S.E Hospital Regional de Chiquinquirá el día 23 de abril de 2008 por el servicio de urgencias con síntomas de dolor abdominal localizada en fosa iliaca derecha asociado a episodios diarreicos, le fue diagnosticada apendicitis aguda (fl. 25, 232), dolencia por la cual fue intervenida quirúrgicamente al día siguiente 24 de abril con una laparotomía exploratoria, colostomía y apendicectomía y cuyo diagnóstico posoperatorio indicó la presencia de peritonitis, necrosis y perforación de ángulo hepático de colon (fl. 25, 232).

²³ VASQUEZ FERREIRA ROBERTO. “Daños y Perjuicios en el Ejercicio de la Medicina”. Biblioteca Jurídica Dike, 1993. pág. 78

²⁴ MOSSET ITURRASPE, JORGE: Responsabilidad Civil del Médico, Editorial Astrea, Buenos Aires, 1985. 1ª reimpresión, pág. 125 y 126.

²⁵ Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. SUBSECCION C. Consejera ponente: Olga Mérida Valle De De La Hoz. Sentencia de 22 de enero de 2014. Radicación número: 25000-23-26-000-1999-02052-01(28816) Actor: WILLIAM ANTONIO RICO SALAZAR Y OTROS. Demandado: HOSPITAL MILITAR CENTRAL. Referencia: APELACION SENTENCIA - ACCION DE REPARACION DIRECTA.



Así mismo que con ocasión de dichos hallazgos, el día 26 de abril de 2008, remitieron a la paciente para la práctica de una colonoscopia²⁶ (fls. 26 y 26 vto) examen practicado en la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja el cual reiteró la presencia de una colitis isquémica en resolución (fl. 26 y 26 vto).

Y que realizados los exámenes respectivos el día 3 de mayo de 2008, al apéndice cecal y el segmento intestinal retirados en la intervención quirúrgica realizada, dieron como resultado la presencia de la apendicitis aguda la cual, vale insistir, le fue diagnosticada desde su ingreso a la institución hospitalaria accionada; además de hiperplasia linfoide reactiva, periapendicitis aguda y colitis aguda necrotizante inespecífica sin malignidad (fl. 21) cuya evolución fue vigilada en fechas posteriores dadas las molestias presentadas hasta su egreso de la institución el día 2 de junio siguiente al ordenársele su salida.

Bajo este panorama probatorio, la Sala considera por lo tanto que la E.S.E. Hospital Regional de Chiquinquirá no incurrió en un mal diagnóstico médico en la atención de la señora Leonor Gordillo de Matallana como lo sostuvo el apelante, sino que a partir de los síntomas presentados por ella a su ingreso se le diagnóstico apendicitis aguda y se le suministró el tratamiento quirúrgico (laparotomía, colostomía y apendicectomía) adecuado para ello acorde con la doctrina especializada²⁷; así mismo, que ante los hallazgos en la intervención, dispuso la práctica de los exámenes respectivos con los resultados referidos.

De igual forma que posterior a la intervención quirúrgica y hasta su salida el día 2 de mayo de 2005, controló su evolución diariamente por la especialidad de cirugía general y medicina interna ordenándose los exámenes cardiacos – electrocardiograma (fl. 252) – y neumológicos que se requirieron junto a los medicamentos y antibióticos necesarios para superar infecciones de la herida quirúrgica y malestares neumológicos (fl. 25, 26, 29, 31, 32, 248, 249, 250),

²⁶ Consiste en un examen visual del interior del colon mediante un colonoscopio

²⁷ En <https://www.mexoclinic.org/es-es/diseas-es-condiciones/aperitonitis/diagnosia-treatment/dise-20876256>: "El tratamiento puede comprender: Antibióticos. Es probable que te administren un ciclo de antibióticos para combatir la infección y prevenir que esta se extienda. El tipo y la duración del tratamiento con antibióticos dependen de la gravedad de la enfermedad y del tipo de peritonitis que tengas. *Cirugía. A menudo es necesario realizar un tratamiento quirúrgico para extraer el tejido infectado, tratar la causa de fondo de la infección y prevenir que la infección se extienda, en especial, si la peritonitis se debe a la perforación del apéndice, estómago o colon*".

lográndose la recuperación de la salud de la paciente en adecuadas condiciones de salud.

La Corporación echa de menos la prueba que permita colegir una conclusión contraria encaminada a predicar la existencia de falla en el servicio médico por error en el diagnóstico y con ello del procedimiento médico para superar las dolencias de la paciente al desconocer la *lex artis* establecida para tratar la afección que presentaba la paciente como lo sostuvo la parte apelante.

Sin embargo, contrario a lo que sostuvo el a-quo, en cuanto a la ausencia de prueba de la existencia de una falla en el servicio médico por el indebido control médico que debía efectuarse en torno a la toma del medicamento warfarina por parte de la paciente, para la Sala sí existe prueba indiciaria que emerge del análisis de la historia clínica aportada que permite predicar la existencia de dicha falla en el tratamiento con dicho medicamento posterior a su egreso de la entidad demandada el día 15 de mayo de 2008.

En efecto, sea lo primero señalar que acorde con las Guías para el Manejo de Urgencias Toxicológicas del Ministerio de Protección Social²⁸ el medicamento warfarina *“es un congénere sintético de la bihidroxicumarina que se sintetizó en 1948. Fue utilizado inicialmente como raticida con gran eficacia y aún hoy existe gran cantidad de estos productos en el mercado. Desde entonces es el anticoagulante oral prototipo en la enfermedad tromboembólica”*²⁹

Igualmente, atendiendo el contenido de dicha guía, ese medicamento es sujeto a control en su suministro a los pacientes a través de examen denominado INR (por sus siglas en inglés):

“Laboratorio:

Realizar monitorización del efecto de la warfarina tomando una muestra de sangre del paciente y cuantificando el tiempo de protrombina PT y el INR (Internacional Normalized Ratio) acorde a la referencia de tromboplastina internacional aprobado por la WHO. El PT se prolonga cuando las

²⁸En

<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Gu%C3%ADa%20de%20Manejo%20de%20Urgencias%20Toxicol%C3%B3gicas.pdf>. Año 2009. Página 116.

<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Gu%C3%ADa%20de%20Manejo%20de%20Urgencias%20Toxicol%C3%B3gicas.pdf>

concentraciones funcionales de fibrinógeno, factor V y los factores dependientes de vitamina K están disminuidos un 25% por debajo de los valores normales; esto sugiere que en los pacientes agudamente intoxicados se requieren al menos 15 horas para que el efecto de la warfarina sea evidente. $INR = (PT \text{ Paciente} / PT \text{ Control}) \text{ ISI}$

Hay que recordar que la obtención de un PT normal 48 horas después de la intoxicación no descarta la ingestión. Deben solicitarse otros laboratorios como cuadro hemático, hemoclasificación, pruebas de función hepática. El tiempo parcial de tromboplastina PTT, concentración de fibrinógeno y el conteo de plaquetas pueden realizarse para descartar otras causas de sangrado”.

Como complicaciones de ese medicamento la citada guía del Ministerio de Salud señaló también:

“Intoxicación o sobredosificación:

La hemorragia es la principal manifestación clínica de la intoxicación por warfarina y se asocia con una mortalidad de hasta el 77%. Se encuentra sangrado gastrointestinal masivo y hemorragia intracraneana que puede ocurrir hasta en el 2% de los pacientes que reciben tratamiento por largos periodos (con las subsecuentes manifestaciones a nivel de Sistema Nervioso Central dadas por hemi o cuadriplejias, parestesias, etc.) que conlleven compromiso importante para la vida del paciente, sangrado en región cervical que pueden causar obstrucción de la vía aérea, hemorragia en tracto genito-urinario, sistema respiratorio, intra-articulares, piel y mucosas, equimosis, hemorragia subconjuntival, sangrado en encías y melenas. Los efectos anticoagulantes pueden aparecer dentro de las primeras 8 a 12 horas postadministración; sin embargo, el pico de aparición de efectos se presenta comúnmente a los 2 días de la ingestión, reportándose persistencia de los mismos por días, semanas e incluso meses en individuos predispuestos.

(...)

El riesgo de sangrado durante la anticoagulación oral depende de varios factores que incluyen la intensidad de la anticoagulación, duración e indicación del tratamiento, condiciones individuales del paciente y comorbilidades presentes. El riesgo aumenta si el INR es elevado (el riesgo de sangrado agudo dentro de un periodo de 48 horas es de 1 en 4000 para un INR entre 2 y 2.9 y de 1 en 100 para un INR de 7 o mayor), en pacientes de edad avanzada (mayores de 65 años), si hay historia previa de sangrado, antecedente de infarto agudo de miocardio reciente, o de diabetes mellitus, alteración de la función hepática, hematocrito menor del 30%, creatinina mayor de 1.5 mg/dL, interacciones con medicamentos y cambios en la alimentación”.

La literatura médica también precisó las complicaciones y contraindicaciones del consumo excesivo y descontrolado de dicho medicamento en caso de enfermedades cardíacas y tromboembolismo pulmonar,³⁰ precisando que:

“La terapia con warfarina se asocia a mayor riesgo de complicaciones hemorrágicas. Uno de los factores determinantes para el sangrado es la intensidad de la anticoagulación; por eso se recomienda mantener el INR entre 2 y 3 (30), con INR un poco más bajos, entre 1,6 y 2,5, en mayores de 75 años. Esta recomendación en ancianos es producto de consenso y no de estudios clínicos. Pacientes con INR por encima de 6 tienen alto riesgo, a corto término, de sangrado mayor (31). El sangrado intracraneal es la complicación más temida y su riesgo aumenta cuando el INR sobrepasa los valores 4 ó 5 (32). Factores que predisponen el aumento del INR incluyen el consumo de medicaciones que potencian la warfarina, el cáncer, la enfermedad diarreica aguda y el aumento en la dosis por parte del paciente (33). La edad se ha relacionado con aumento de sangrado en algunos estudios (34) pero no en otros (35), aunque sí se asocia con más sangrados letales o que amenazan la vida (36), posiblemente por menor capacidad de compensar las pérdidas sanguíneas. La hipertensión también se ha considerado como factor de riesgo de sangrado (34) aunque no de manera concluyente (36); sin embargo, es probable que en quien no se controle la hipertensión haya más problemas con la anticoagulación. La diabetes se ha reportado como factor de riesgo para complicaciones hemorrágicas en pacientes que reciben warfarina, posiblemente relacionado con comorbilidad vascular y neuropatía (36). El uso de otros medicamentos se asocia con mayor sangrado; 13% de pacientes con fibrilación auricular reciben únicamente warfarina (36). El mayor riesgo se explica por comorbilidad e interacción de fármacos (Tabla 1). Otro factor de riesgo de sangrado es el inicio de la terapia porque el INR no es bien controlado, hay frecuentes ajustes de las dosis y falta familiaridad de los pacientes con la warfarina (38).

(...)

La terapia con warfarina o acenocumarol está recomendada para la prevención secundaria a largo plazo –en embolismo pulmonar-. El control estricto en los días iniciales de la terapia es fundamental para evitar dosis inadecuadas, rangos no terapéuticos o sobreanticoagulación. El monitoreo del efecto anticoagulante de la warfarina se realiza con la medición del TP y se reportan los resultados como INR (11). Existen diversas situaciones en las cuales se altera la farmacocinética de la warfarina tales como dieta, medicamentos y enfermedades, que deben tenerse en cuenta al inicio de la terapia (Tabla 4).

Recomendaciones generales para la anticoagulación con warfarina

Se sugiere iniciar anticoagulación oral con dosis entre 5 a 10 mg, el primero o el segundo día, para la mayoría de los pacientes, con posterior dosificación basada en el INR. En los pacientes adultos mayores desnutridos, con falla cardíaca o enfermedad hepática, se plantea iniciar con dosis menores o iguales

³⁰ En <http://scc.org.co/wp-content/uploads/2012/08/ANTICOAGULACION-LIBRO-COMPLETO.pdf>, Páginas 39 y 55.
56. Libro cuyo título es “Anticoagulación” elaborado por la Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Editor Armando Gómez Ortiz. MD

652

a 5 mg. Se sugiere solicitar INR luego de las 2 ó 3 primeras dosis de anticoagulante (5).

Recomendaciones para tratamiento a largo plazo de la embolia pulmonar. Para pacientes que reciben dosis estables de anticoagulantes orales se sugiere monitoreo con un intervalo no mayor a cuatro semanas. Debe recordarse que el principal factor de riesgo para sangrado durante tratamiento con warfarina es la dosis usada; la dosis debe ser únicamente la necesaria para mantener el INR entre 2 y 3. Todo paciente debe entonces recibir, antes de ser dado de alta, indicaciones sobre los cuidados a tener para el control médico de la anticoagulación con warfarina. Es conveniente que el manejo de anticoagulación crónico del paciente, sea llevado a cabo en una «clínica de anticoagulación», que cuente con personal experto dedicado a esta tarea, y protocolos de manejo que incluyan el INR terapéutico blanco, duración y manejo de complicaciones (5, 9).

La duración del tratamiento no se conoce con certeza en la actualidad; sin embargo, se sabe que doce semanas de tratamiento es menos eficaz, en términos de tromboembolismo venoso recurrente, que seis meses. Probablemente, la duración ideal esté en seis meses, dependiendo de si los factores de riesgo identificados fueron o no reversibles. Pacientes con factores de riesgo irreversibles deben ser candidatos para anticoagulación indefinida, pero también asumiendo el riesgo continuado de sangrado (Tabla 5) (12, 13).

Otro pronunciamiento médico ilustran sobre los efectos adversos de la sobreanticoagulación generada por el suministro descontrolado de medicamento anticoagulante como la warfarina, así³¹:

“Eventos adversos asociados a la sobreanticoagulación

Dentro de estos eventos adversos se encuentran las hemorragias. Fihn y colaboradores (4) propusieron las siguientes tres categorías para clasificar el sangrado: menor (reportado pero no requiere pruebas adicionales, remisión o visitas), mayor (requiere tratamiento, evaluación médica o por lo menos dos unidades de sangre), que compromete la vida (conduce a paro cardíaco, intervención quirúrgica o angiográfica o secuelas irreversibles) (4). Otros investigadores dividen los eventos adversos en menores y mayores. Los eventos mayores incluyen sangrados fatales o sangrados que comprometen la vida (intracraneal o retroperitoneal) o sangrados con descenso en la hemoglobina, con necesidad de transfusión de un número determinado de unidades o necesidad de hospitalización (1-4)”

De igual forma, la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos –FDA (por sus siglas en inglés)³² señaló:

³¹ En <http://scu.org.co/wp-content/uploads/2012/03/ANTICOAGULACION-LIBRO-COMPLETO.pdf>, Páginas 39 y 55, 56.

³² En: <https://www.fda.gov/medical-devices/vitro-diagnostics/warfarin-inr-test-meters>POR. Esta entidad es la encargada de proteger la salud pública mediante la regulación de los medicamentos de uso humano y veterinario, vacunas y otros productos biológicos, dispositivos médicos, el abastecimiento de alimentos en nuestro país, los cosméticos, los suplementos dietéticos y los productos que emiten radiaciones y Proveer al pública la información necesaria, exacta, con base científica, que le permita utilizar medicamentos y alimentos para mejorar su salud.

“La warfarina debe ser monitoreada para garantizar que funcione de manera efectiva y se use de manera segura. Lograr la dosis correcta de warfarina puede ser difícil, pero es extremadamente importante. Si la dosis de warfarina es demasiado baja, el paciente corre el riesgo de desarrollar coágulos de sangre dañinos. Si la dosis de warfarina es demasiado alta, el paciente puede correr un riesgo de sangrado grave. Se puede monitorear extrayendo sangre de una vena y enviándola a un laboratorio acreditado para su análisis, o puede ser monitoreada analizando la sangre de una punción digital con un medidor de prueba INR fuera de un laboratorio. Los medidores de prueba INR pueden prescribirse a los pacientes para su uso en el hogar, y también pueden ser utilizados por los proveedores de atención médica en el punto de atención, como un entorno de atención médica”.

Precisado lo anterior, quedó acreditado en el plenario que, una vez la señora Leonor Gordillo de Matallana egresó de la E.S.E. Hospital Regional de Chiquinquirá el 2 de mayo de 2008 (fl. 34, 264) ingresó nuevamente a esa institución hospitalaria el 7 de mayo siguiente por el servicio de urgencias con ocasión a síntomas de malestar de dolor de cabeza y pérdida de conciencia (fl. 34, 264); así mismo que en razón a ello el día 8 de mayo fue valorada por el médico internista Mario Olarte Armenta diagnosticándole posible tromboembolismo pulmonar dados los antecedentes quirúrgicos del día 24 de abril (laparotomía, colostomía y apendicectomía) junto a disnea súbita y dispuso plan de coagulación plena con el medicamento warfarina bajo hospitalización y remisión a III nivel de atención para examen de AngioTAC (sic)³³ (fl. 41 vto y 40, 261 y 261 vto)

Asimismo que esta misma especialidad médica la valoró al día siguiente 9 de mayo insistiendo en la impresión diagnóstica de tromboembolismo pulmonar (fl. 41, 261 vto) y como resultado del examen de AngioTAC de tórax, se hallaron trombos múltiples en ambas arterias pulmonares, zonas de atelectasias³⁴ e infarto pulmonar en segmento lateral basal del lóbulo inferior del pulmón derecho y posterior basal del lóbulo inferior del pulmón izquierdo (fl. 255) asumiendo el personal médico la existencia de hipercoagulabilidad por colitis isquémica; el citado profesional de medicina interna dispuso entonces continuar con anticoagulación plena con el medicamento Warfarina (fl. 37 vto, 262).

³³ Es un estudio mínimamente invasivo que estudia las arterias, las venas y otros vasos sanguíneos de una parte del cuerpo mediante la inyección de contraste (una sustancia que no deja pasar los rayos X, haciendo más sencillo el estudio del sistema vascular).

³⁴ Es causada por una obstrucción de las vías aéreas (bronquios o bronquiolos) o por presión en la parte externa del pulmón

Igualmente que dicha anticoagulación plena con tal medicamento continuó los días 11 y 12 de mayo (fl. 37 vto, 262); en esta última fecha se ordenó por el médico internista Mario Olarte Armenta verificar los niveles de INR (fl. 43, 259); como se explicó, este es un examen especializado para el control del medicamento Warfarina; al día siguiente 13 de mayo ese galeno verificó que el examen de INR estaba en 1.0 (fl. 43 vto, 259 vto), lo que significaba que la coagulación estaba dentro de los niveles aceptables, empero ordenó elevar los niveles del medicamento disponiendo su vez el control de dicho medicamento con la práctica de dicho examen.

Ya el día 14 de mayo el examen de INR estaba en 1.1. por lo que tal galeno dispuso nuevamente reajustar la dosis del aludido medicamento (fl. 43 vto, 259 vto); el día 15 de mayo de 2008, le ordenó salida a la paciente al verificar su mejoría y, según la historia clínica y así lo puso de presente el a-quo, aquella debía acudir a control del medicamento Warfarina con examen de INR en 7 días (fl. 42, 258).

Empero advierte la Sala también que, concomitante a dicha orden ese médico internista le expidió a la paciente ese día dos fórmulas médicas: una para toma de medicamentos, entre estos warfarina, en dosis de 1 tableta diaria a las 8:00 a.m. en una cantidad de 30 cápsulas, sin más especificaciones y, otra para la realización de exámenes paraclínicos consignándose taxativamente que debía acudir a control dentro del mes siguiente; contenido de dichas fórmulas que coincidían también con la descripción hecha en la epicrisis de la historia clínica que describió la atención de esa data (fl. 40 vto y 41, 257 y 257 vto).

Luego, el 2 de junio, la paciente acudió nuevamente a la E.S.E. Hospital Regional de Chiquinquirá por presentar dolor abdominal y hemorragia diagnosticándosele hematuria sin más precisiones; se le ordenó ecografía general y egresó en esa misma fecha (fl. 44 y 44 vto, 270).

Posteriormente el 5 de junio de 2008, al continuar con el malestar, recurrió al médico particular Ángel Pérez Monroy, quien la remitió al servicio de urgencias de esa E.S.E. teniendo en cuenta los antecedentes de colitis isquémica, tromboembolismo pulmonar –TEP- y recibir warfarina 5 mg/d desde hace un mes y

medio sin control de INR. presentando hace 3 días hematuria franca y, a esa fecha, signos de HI³⁵ endocraneana (cefalea, vómito somnolencia), leve paresia marcada palidez mucocutánea y la remitió para tratamiento intrahospitalario con Vitamina K IV, plasma fresco, analgesia; solicitó TAC cerebral y tomar TP-INR-CH-CREAT-PdeO. (Fl. 48).

Ese día 5 de junio de 2008, fue atendida entonces por la E.S.E. de Chiquinquirá que puso de presente antecedentes de toma del medicamento warfarina. diagnosticándole entonces enfermedad cerebrovascular –ECV- por tratamiento de warfarina dado el nivel en 8.9 del examen de INR y, la remitió como urgencia vital a la UCI de la E.P.S. Saludvital en Duitama; se indicó en la historia clínica de esta institución que la paciente efectivamente presentaba ECV hemorrágico secundario y sobrecoagulación con Warfarina y dispuso como plan manejo integral en UCI; al día siguiente 6 de junio fue intervenida quirúrgicamente por hematoma y hemorragia intraparenquimosa de cuya intervención salió con pronóstico reservado logrando en fechas posteriores una muy lenta recuperación hasta el día 20 de junio de 2008, que generó hipoxia severa que conllevó a su fallecimiento.

A partir de lo prescrito, puede observarse que desde el día 8 de mayo de 2008, momento en que se le recetó la toma del medicamento warfarina hasta su salida de la institución hospitalaria el 15 de mayo de ese año, la paciente tuvo control médico de dicho medicamento con examen INR logrando niveles de 1.1 que según la literatura especializada vista se ajustaba a los niveles de coagulación exigidos, con ello, hubo mejoría en su salud, por lo que se dispuso su salida del Hospital de Chiquinquirá el 15 de mayo de 2008 (fl. 42, 258).

Cumplió así la accionada en estas fechas, como lo concluyó el a quo, con su obligación de control en el suministro del medicamento warfarina dentro de la atención médica suministrada.

Sin embargo, no ocurre lo mismo con la prescripción médica dada respecto a ese medicamento con posterioridad a esa fecha de egreso.

³⁵ Hipertensión en <https://glosarios.servidor-alicante.com/siglas-medicas/hi>

604

Ello pues pese a que el médico internista Olarte Armenta que la valoró en su estadía hospitalaria consignó en la historia clínica que la paciente debía asistir a control del medicamento dentro de los 7 días siguientes al 15 de mayo de 2008, es imposible desconocer que en esa fecha también expidió 2 formulas médicas.

En una de ellas, recetaba a la señora Gordillo de Matallana, la toma del medicamento warfarina sin consignar instrucciones expresas para acudir a posterior control en 7 días como sí lo indicaba la historia clínica o algún otro control sobre el medicamento, y en otra fórmula, le ordenaba la realización de exámenes paraclínicos en los que se le indicaba que debía acudir a control dentro del mes siguiente.

Ante dichas instrucciones médicas era dable entender que la demandante tomara el medicamento en los términos indicados en la fórmula, es decir, diariamente y sin reparo alguno y que comprendiera que debía asistir a control médico pero dentro del mes siguiente que el documento contenía al desconocerse los 7 días que indicó la historia clínica para el control del medicamento warfarina.

A juicio de la Sala, tal falta de claridad en la prescripción médica del tratamiento ordenado conllevó al desconocimiento de deberes legales por parte del médico a favor del paciente y coetáneo con ello de la *lex artis* para el control del pluricitado medicamento.

En efecto, la jurisprudencia de lo contencioso administrativo ha sostenido que en materia de responsabilidad por el acto médico propiamente dicho, esto es el diagnóstico, tratamientos, procedimientos y, en general, las conductas del profesional médico orientadas al restablecimiento o recuperación de la salud del paciente, la imputación del daño se hace, por regla general, desde la perspectiva de una prestación de medios y no de resultados, en cuanto su deber radica en la aplicación de sus conocimientos, entrenamiento, experiencia y todos los medios disponibles orientados a la curación y rehabilitación, sin que le sea exigible el resultado exitoso.

Además, que ello significa que para que la administración pueda ser declarada responsable de los daños ocasionados por el ejercicio de la actividad médica hospitalaria, el demandante tiene la carga de demostrar que el servicio no se prestó adecuadamente, bien porque no fue oportuno, o porque no cumplió con los protocolos y estándares de calidad fijados por la ciencia médica al momento de la ocurrencia del hecho dañoso, salvo en lo relativo a los deberes que tienen que ver directamente con el servicio y cuyo cumplimiento depende enteramente del prestador, al margen de la condición y evolución de la salud del paciente, como los relativos al acto médico documental y, en especial, al consentimiento informado y al suministro de la información necesaria para que el paciente propenda por su propio cuidado, caso en el que corresponde al servicio médico demandado demostrar su cumplimiento³⁶.

Aclarado lo anterior debe señalarse que la Ley 23 de 1991 por la cual se dictan normas en materia de ética médica, impone a los profesionales médicos, en su artículo 33, la obligación de que las prescripciones médicas, las hagan por escrito, de conformidad con las normas vigentes sobre la materia.

Dentro de estas últimas disposiciones se encuentran el Decreto 2200 de 2005 por el cual se reglamentó el Servicio Farmacéutico³⁷; en su artículo 16 estableció las características de la prescripción de medicamentos:

Artículo 16. Características de la prescripción. Toda prescripción de medicamentos deberá hacerse por escrito, previa evaluación del paciente y registro de sus condiciones y diagnóstico en la historia clínica, utilizando para ello la Denominación Común Internacional (nombre genérico) y cumpliendo los siguientes requisitos:

- 1. Solo podrá hacerse por personal de salud debidamente autorizado de acuerdo con su competencia.*
- 2. La prescripción debe ser en letra clara y legible, con las indicaciones necesarias para su administración.*
- 3. Se hará en idioma español, en forma escrita ya sea por copia mecanográfica, medio electromagnético y/o computarizado.*

³⁶ Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección B. Consejero ponente: Alberto Montaña Plata. Sentencia del 10 de abril de 2019. Radicación número: 25000-23-26-000-2006-01800-01(41890)

³⁷ ARTÍCULO 2o. Campo de Aplicación. <Artículo compilado en el artículo 2.5.3.10.2 del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016. Debe tenerse en cuenta lo dispuesto por el artículo 4.1.1 del mismo Decreto 780 de 2016> Las disposiciones del presente decreto se aplicarán a los prestadores de servicios de salud, incluyendo a los que operen en cualquiera de los regímenes de excepción contemplados en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993, a todo establecimiento farmacéutico donde se almacenen, comercialicen, distribuyan o dispensen medicamentos o dispositivos médicos, en relación con el o los procesos para los que esté autorizado y a toda entidad o persona que realice una o más actividades y/o procesos propios del servicio farmacéutico.

605

4. No podrá contener enmendaduras o tachaduras, siglas, claves, signos secretos, abreviaturas o símbolos químicos, con la excepción de las abreviaturas aprobadas por el Comité de Farmacia y Terapéutica de la Institución.

5. La prescripción debe permitir la confrontación entre el medicamento prescrito y el medicamento dispensado (en el caso ambulatorio) y administrado (en el caso hospitalario) por parte del profesional a cargo del servicio farmacéutico y del Departamento de Enfermería o la dependencia que haga sus veces.

6. La prescripción debe permitir la correlación de los medicamentos prescritos con el diagnóstico.

7. La dosis de cada medicamento debe expresarse en el sistema métrico decimal y en casos especiales en unidades internacionales cuando se requiera.

8. Cuando se trate de preparaciones magistrales, además de los requisitos de prescripción, se debe especificar claramente cada uno de los componentes con su respectiva cantidad”

Y el artículo 17 del citado decreto señaló el contenido de la prescripción bajo un formato que deberá tener como exigencias mínimas las que se exponen a continuación:

“1. Nombre del prestador de servicios de salud o profesional de la salud que prescribe, dirección y número telefónico o dirección electrónica.

2. Lugar y fecha de la prescripción.

3. Nombre del paciente y documento de identificación.

4. Número de la historia clínica.

5. Tipo de usuario (contributivo, subsidiado, particular, otro).

6. Nombre del medicamento expresado en la Denominación Común Internacional (nombre genérico).

7. Concentración y forma farmacéutica.

8. Vía de administración.

9. Dosis y frecuencia de administración.

10. Período de duración del tratamiento.

11. Cantidad total de unidades farmacéuticas requeridas para el tratamiento, en números y letras.

12. Indicaciones que a su juicio considere el prescriptor.

13. Vigencia de la prescripción.

14. Nombre y firma del prescriptor con su respectivo número de registro profesional”

Acorde con dicha normatividad correspondía al médico internista Olarte Armenta, al formularle a la paciente Gordillo de Matallana la toma del medicamento warfarina a su egreso de la E.S.E de Chiquinquirá el día 15 de mayo de 2008, prescribirle con claridad en dicho documento la necesidad de asistir a los controles médicos para la práctica del examen de INR y así evitar probables riesgos por dicha omisión. Como nada indicó en dicho documento o en otra prueba que reposa en el proceso, no es posible suponer que se dio tal indicación, contrario a lo que se consignó en la

historia clínica y que no hubo una falla médica en torno a la realización del tratamiento prescrito imputable a la E.S.E. de Chiquinquirá.

Pese a que en este documento efectivamente se consignó por el citado médico internista que la paciente debía asistir a control dentro de los 7 días siguientes a su egreso el 15 de mayo de 2008, lo cierto es que ese documento no está a disposición inmediata y constante del paciente sino que está sometido a reserva legal en virtud a lo dispuesto en el artículo 34 de la ley 23 de 1981³⁸.

Y también es cierto que las fórmulas médicas son los documentos que tienen en su poder los paciente para continuar el control e instrucciones médicas para la toma de los medicamentos prescritos para la mejoría de su salud; en el caso concreto las dos fórmulas médicas que expidió el mencionado médico internista nada consignaron frente al control del medicamento dentro de los 7 días, solo su frecuencia y cantidad de administración y lo que sí decía en una de ellas era la necesidad de asistir a un control dentro de los 30 días siguientes a su egreso.

Por consiguiente se desconocieron las exigencias legales que se imponen al personal médico en torno a la prescripción de medicamentos.

En este punto es necesario acotar además que desde la Resolución 13437 de 1991 expedida por el Ministerio de Salud³⁹, que estableció como derechos de los pacientes a fin de propender por la humanización en la atención a los pacientes y garantizar el mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio público de salud en las Instituciones Hospitalarias Públicas y Privadas, entre otros:

“(…)

2. Su derecho a disfrutar de una comunicación plena y clara con el médico, apropiadas a sus condiciones psicológicas y culturales, que le permitan obtener toda la información necesaria respecto a la enfermedad que padece, así como a los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar y el pronóstico y riegos que dicho tratamiento conlleve. También su derecho a que él, sus familiares o representantes, en caso de inconciencia o minoría de edad

³⁸ 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.

³⁹ A través de la cual se constituyen los Comités de Ética Hospitalaria y se adoptó el Decálogo de los derechos de los pacientes

consientan o rechacen estos procedimientos, dejando expresa constancia ojalá escrita de su decisión.

(...)

En sintonía con la obligación de los galenos de prescribir debidamente los tratamientos médicos que suministran como el derecho del paciente a obtener información necesaria sobre su padecimiento, los tratamientos brindados y los riesgos que conllevan, la jurisprudencia constitucional destacó en uno de sus pronunciamientos el derecho del paciente, y en subsidio de su familia, a acceder a la información médica sobre su diagnóstico, su estado de salud, los tratamientos médicos disponibles para atender su dolencia y los riesgos que éstos conllevan. Sobre el particular señaló⁴⁰:

“La Corte Constitucional, en diferentes fallos, se ha referido al derecho que tienen los pacientes a acceder a información médica inteligible, para poder adoptar decisiones referentes a su salud, como lo es por ejemplo, la iniciación de un tratamiento médico determinado.

La información médica a la que se ha hecho mención es la relativa al diagnóstico, la evolución de su estado de salud, los tratamientos médicos disponibles para atender su dolencia y los riesgos que éstos, y la enfermedad que padece, conllevan.

Adicionalmente se le deberá informar acerca de los costos de los tratamientos disponibles y del cubrimiento que frente a éstos tengan los regímenes contributivo, subsidiado o especiales de salud, según sea el caso, o de las pólizas médicas que posea”.

Y en sentencia T-1131 de 2004, recordó no solo el concepto del consentimiento informado sobre los procedimientos e intervenciones médicas sino los parámetros que edificó esa Corporación en torno a la información que se le debe brindar a un paciente como espectro de tal consentimiento. En tal sentido señaló:

(...)

La Corte, en su amplia doctrina al respecto, también ha puesto de relieve los siguientes criterios objetivos a tener en cuenta en el momento de precisar la cantidad de información que debe darse a un paciente:

a) *El carácter más o menos invasivo del tratamiento. Si todas las demás variables permanecen constantes, entre mayor sea el grado de invasión en el cuerpo humano, también debe ser mayor la información necesaria para formar el consentimiento del paciente.⁴¹*

⁴⁰ T-596 de 2004

⁴¹ Ver Sentencia T-477/95 (M.P. Alejandro Martínez Caballero).

- b) El grado de aceptación u homologación clínica del tratamiento o su carácter experimental. (...)
- c) La dificultad en la realización del tratamiento y las probabilidades de éxito. De tal forma, cuando existan condiciones que dificulten la realización de un procedimiento, o que disminuyan significativamente las probabilidades de éxito, el médico debe informar al paciente de dicha circunstancia.⁴²
- d) La urgencia del tratamiento. (...)
- e) El grado de afectación de derechos e intereses personales del sujeto al efectuarse el tratamiento. Cuando un tratamiento o procedimiento signifique un riesgo para ciertos derechos o intereses del paciente, en principio, la información necesaria para que se pueda prestar válidamente el consentimiento es mayor.⁴³
- e) La afectación de derechos de terceros de no realizarse la intervención médica. (...)
- g) La existencia de otros tratamientos que produzcan resultados iguales o comparables, y las características de estos. (...)
- h) La capacidad de comprensión del sujeto acerca de los efectos directos y colaterales del tratamiento sobre su persona. Cuando existan circunstancias subjetivas del paciente que afecten su capacidad de comprensión, el médico debe velar por que éste tenga la mayor comprensión posible acerca de sus repercusiones, sin afectar otros intereses que puedan estar en juego. Esto último supone que, si bien en la mayoría de los casos resulta conveniente que el paciente conozca las consecuencias de cada opción, en otros, cierta información puede terminar alterando su juicio, impidiéndole tomar una decisión autónoma. Por lo tanto, es responsabilidad del médico juzgar cuál es el nivel adecuado de información que debe suministrar al paciente, a partir de una evaluación de su situación particular.⁴⁴ (Subrayado del texto original)

La información es necesaria para que el paciente se haga cargo de su situación, pueda adaptarse a ella, sepa cuándo un tratamiento puede darse por terminado y cuáles son los riesgos y beneficios de tal determinación. El derecho a la información suficiente corresponde, obvio es decirlo, no solo a la persona enferma sino también a la persona sana, y ello como corolario lógico de su derecho a la protección de la

⁴² Ibid.

⁴³ Sentencia SU-337/99 (M.P. Alejandro Martínez Caballero); T-1390/00 (M.P. Alejandro Martínez Caballero); T-411/94 (M.P. Vladimiro Naranjo Mesa); T-474/96 (M.P. Fabio Morón Díaz).

⁴⁴ T-477/95 (M.P. Alejandro Martínez Caballero); T-1390/00 (M.P. Alejandro Martínez Caballero); T-411/94 (M.P. Vladimiro Naranjo Mesa); T-474/96 (M.P. Fabio Morón Díaz); SU-337/99 (M.P. Alejandro Martínez Caballero) F.J. No. 15. Con todo, en esta última sentencia, la Corte resaltó el carácter excepcional de la situación en la cual el exceso de información resulta perjudicial al paciente. Al respecto destacó: "Con todo, esta Corte precisa que este privilegio terapéutico es excepcional, por lo cual los riesgos de daño al paciente o de afectación de su autonomía deben ser evidentes o muy probables, para que se justifique la retención de información por el médico, no sólo debido a la prevalencia *prima facie* del principio de autonomía sino también porque diversas investigaciones han concluido que son muy raros los casos en donde se pueda sostener que informar adecuadamente al paciente, con discreción y sensibilidad, es más peligroso para su salud que ocultarle información"

salud, lo que le permitirá adoptar medidas de carácter preventivo o actitudes de vida que redunden en un mejor estado de salud⁴⁵.

Tomando en consideración lo anterior, para la Sala tal falta de claridad e instrucción en las formulas médicas dadas a la paciente Gordillo de Matallana, quien era una persona en situación de vulnerabilidad⁴⁶, por parte del galeno Olarte Armenta, especialista en medicina interna en torno a la necesidad de control de medicamento warfarina, dio lugar a que esta incurriera en un error: lo tomara sin control alguno, sin que se le practicaran los exámenes necesarios de INR dentro de los tiempos establecidos en la ciencia médica para mantenerlo los niveles de coagulación de forma normal y evitar cualquier complicación en su salud como la sobreanticoagulación que se desencadenó con los síntomas propios de ello y culminó en una enfermedad cerebro vascular, que es propia del consumo desmedido de ese medicamento y que obligó a intervenirla quirúrgicamente con las posteriores consecuencias dañosas aludidas.

En efecto, en primer lugar, no puede perderse de vista que el día 5 de junio de 2008, cuando la paciente llegó al servicio de urgencias de la E.S.E. demandada atendiendo la remisión ordenada por el médico internista particular Ariel Alfonso Pérez Monroy, aquella tenía los niveles de INR en 8.9 (fl. 46 vto, 268 vto), es decir, como se vio a partir de la literatura médica, muy por encima de los niveles normales en que deben estar los niveles de ese medicamento anticoagulante que son de 2.

De ello es posible inferir entonces que la sobreanticoagulación que se generó por el consumo desmedido de ese medicamento conllevó a que le generara hematuria u orina con color rojiza desde el 2 de junio, síntomas que se unieron a dolor de cabeza, mareo, vómito y paresia, que conforme con la literatura médica examinada, aparecen como consecuencia de un consumo desmesurado de dicho medicamento, como efectivamente ocurrió con la demandante y también lo corrobora en su testimonio aquel galeno.

⁴⁵ T-762 de 2004

⁴⁶ Según certificación del SISBEN de la Alcaldía de Chiquinquirá, la señora María Leonor Gordillo de Matallana estuvo inscrita en la base de datos de la metodología II Sisben w2 sin ingresos mensuales y en el nivel 2 del Sisben y que acorde con la base de datos del régimen subsidiado se encontraba afiliada a la EPS SALUDVITAL al 1 de enero de 2008 (fl. 393-398).

Ciertamente, en segundo lugar, el médico Pérez Monroy indicó que la paciente Gordillo de Matallana acudió a su consultorio el 5 de junio de 2008 por presentar de forma aguda ese día cefalea intensa, somnolencia progresiva, vómito y paresia (debilidad) en el hemicuerpo izquierdo; datos que le hacían pensar que la paciente tenía un sangrado cerebral con hipertensión endocraneana aguda por probable sobreacción del medicamento warfarina que se le había recetado, máxime cuando le habían informado los familiares de la paciente que no se le había realizado control a dicho medicamento con el examen de INR y por ello la remitió de urgencias al hospital de Chiquinquirá para que le realizaran tal examen e iniciar las medidas tendientes a revertir la acción del fármaco anticoagulante.

De igual forma que dicha información que le fue suministrada por los familiares le resulta probable por los antecedentes médicos de la paciente, relativos al tromboembolismo pulmonar y colitis isquémica que padeció cuyo tratamiento adecuado es la anticoagulación crónica formal con warfarina; además que dos días antes a que la atendiera la paciente tenía un cuadro de sangrado urinario lo cual apuntaba a que en realidad la paciente estaba sobreanticoagulada por el suministro del pluricitado medicamento.

Y agregó que la sobreanticoagulación no es una complicación del acto quirúrgico sino el resultado del fármaco llamado warfarina que es de difícil manejo en fases iniciales porque obliga a su control y que la dosis crónica se debe fijar de manera individual y con un seguimiento estrecho del INR.

De igual modo observa la Sala, en tercer lugar, que en la historia clínica de la E.P.S. Salud Vital de Duitama a la que fue remitida la paciente desde la E.S.E. de Chiquinquirá, se consignó la existencia de dicha sobrecoagulación causada por la toma descontrolada de dicho medicamento que ocasionó el accidente cerebro vascular consistente en hematoma y hemorragia intraparenquimosa, que obligó a la realización de una intervención quirúrgica el día 6 de junio de 2008 de la cual egresó con pronóstico reservado.

658

Si bien desde el día 13 de junio de 2008, tuvo una evolución estable hasta el día 20 de ese mes, finalmente en esta fecha se generó una complicación respiratoria que llevó a su deceso.

Y en cuarto lugar, como se vio ampliamente, las guías, doctrina y literatura especializada en materia médica indicó que frente a tratamiento de la warfarina es indispensable y necesario el control médico con el examen especializado de INR elaborado exclusivamente para el efecto, de lo contrario hay un riesgo de generar complicaciones como sobreanticoagulación que puede generar hemorragias como efectivamente se concretó en el caso de la señora Gordillo de Matallana quien en razón a la toma descontrolada del medicamento warfarina, dada la falta de información en la prescripción médica del médico internista de la E.S.E Hospital Regional de Chiquinquirá se generó una sobreanticoagulación.

Ello lo diagnosticó no solo el médico particular Ariel Alfonso Pérez Monroy, sino los galenos de la E.S.E. Regional de Chiquinquirá a su ingreso el 5 de junio de 2008; fue corroborado en la historia clínica de la UCI Salud Vital y, se insiste, se establece como una consecuencia por la falta de control del medicamento warfarina de lo cual es posible predicar que le generó un hematoma y hemorragia intraparenquimosa de la que fue intervenida quirúrgicamente en esa UCI bajo los cuidados médicos requeridos para su mejoría, cuyo postoperatorio logró una leve recuperación pero finalmente desencadenó en su muerte.

Como se indicó en el marco jurídico de esta providencia, se incurre en una falla en el servicio médico cuando se contrarían los postulados de la *lex artis* o, esto es, por funcionamiento anormal, negligente o descuidado del servicio médico, sino también cuando la actividad que se despliega en condiciones normales o adecuadas puede dar lugar objetivamente a que ello ocurra y aquí se trató de un acto médico relativo a la prescripción para el tratamiento de un tromboembolismo pulmonar; prescripción que no se ajustó a las normas establecidas y que por ese hecho desconoció el protocolo médico para el control del medicamento warfarina.

No desconoce esta Sala que al tenor de la Ley 23 de 1981 (artículo 16), la responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías, producidas por efecto del tratamiento, no irá más allá del riesgo previsto.

Así mismo que el Decreto 3380 de ese año, reglamentario de esa ley trajo algunas previsiones en materia de responsabilidad médica en cuanto a la existencia de ese riesgo al señalar que:

“Artículo 10º. El médico cumple la advertencia del riesgo previsto, a que se refiere el inciso segundo del Artículo 16 de la Ley 23 de 1981, con el aviso que en forma prudente, haga a su paciente o a sus familiares o allegados, con respecto a los efectos adversos que, en su concepto, dentro del campo de la práctica médica, puede llegar a producirse como consecuencia del tratamiento o procedimiento médico.

Artículo 11. El médico quedará exonerado de hacer la advertencia del riesgo previsto en los siguientes casos:

a) Cuando el estado mental del paciente y la ausencia de parientes o allegados se lo impidan;

b) Cuando exista urgencia o emergencia para llevar a cabo el tratamiento o procedimiento médico.

Artículo 12. El médico dejará constancia en la historia clínica del hecho de la advertencia del riesgo previsto o de la imposibilidad de hacerla.

Artículo 13. Teniendo en cuenta que el tratamiento o procedimiento médico puede comportar efectos adversos de carácter imprevisible, el médico no será responsable por riesgos, reacciones o resultados desfavorables, inmediatos o tardíos de imposible o difícil previsión dentro del campo de la práctica médica al prescribir o efectuar un tratamiento o procedimiento médico”.

En el presente asunto se corroboró que la warfarina como medicamento de consumo controlado conlleva graves riesgos para la salud humana en caso de no efectuarse los exámenes de INR. En la historia clínica no se advierte que se haya ilustrado a la señora Gordillo de Matallana o a sus acompañantes acerca de dicho riesgo y no obra en el plenario otra prueba que así lo determine; tampoco que estos hubiesen estado en imposibilidad de recibir dicha información por presentarse los supuestos normativos contemplados en el artículo 11 referido y pese a que en anotación de la historia clínica del día 15 de mayo de 2008, 7+00 horas se indicó que tenía control del medicamento en 7 días, lo cierto es que para conocimiento del paciente, acorde con lo consignado en las 2 fórmulas médicas expedidas por el especialista en medicina interna, no había precisión en la asistencia a control del medicamento en ese tiempo y en otra sí se prescribía control en 1 mes.



De manera que ante dicho error grave y omisión en que incurrió el galeno frente a las especificaciones del tratamiento farmacológico para el tromboembolismo pulmonar que padeció la paciente, aquel creó un riesgo para la salud de la paciente ante la falta de información en la necesidad de control del pluricitado medicamento, riesgo que se concretó en el accidente cerebrovascular que se le diagnosticó el 5 de junio de 2008.

Por todo lo anterior, es dable señalar que se generó una falla en el servicio médico en torno al acto médico en lo concerniente al tratamiento del tromboembolismo pulmonar que la aquejó y que fue tratado con el medicamento warfarina respecto al cual el galeno que lo prescribió no suministró a la paciente, teniendo el deber legal de hacerlo, información sobre las indicaciones para su control dentro del término de 7 días, lo que conllevó a que lo tomara sin control alguno y degenerara en una enfermedad cerebro vascular relativa a hematoma y hemorragia intraparenquimosa la cual es propia del consumo excesivo de dicho medicamento anticoagulante; una vez intervenida quirúrgicamente obtuvo una recuperación lenta que concluyó en su deceso el día 20 de junio de 2008.

5.4. Nexo causal

En relación con el nexo de causalidad que debe existir entre la atención médica y el daño, la jurisprudencia del Consejo de Estado ha admitido que, en circunstancias en las que no sea posible esperar certeza o exactitud sobre la existencia del mismo, puede tenerse por acreditado si se observaba un “convencimiento acerca de la existencia del nexo de causalidad”, precisándose que se trata de una regla de prueba en virtud de la cual el nexo puede demostrarse por vía indirecta, es decir, a través de indicios, sin que se trate de una excepción al deber que le asiste a la parte demandante de acreditar lo que tradicionalmente se ha denominado como el lazo de causalidad que debe existir entre la atención médica y el daño para que se estructure la responsabilidad de la administración.

También han señalado esos pronunciamientos que la prueba indiciaria obligara a examinar que, partiendo de la existencia de unos hechos debidamente acreditados en el proceso, a partir de los cuales deben establecerse otros hechos a través de la

aplicación de reglas de la experiencia, lo que implica una inferencia mental, esto es, la relación de causalidad entre el hecho indicador y el hecho desconocido que se pretende probar, que, finalmente, arroja como resultado el hecho que aparece indicado⁴⁷.

Así pues, de los hechos que quedaron probados, resulta concluyente para la Sala que la cadena causal desde la formulación del medicamento warfarina a la paciente sin indicaciones claras de control médico dentro de los términos establecidos por la ciencia médica el día 15 de mayo de 2008, la toma de dicho medicamento sin control por la paciente, la sobrecoagulación generada en un nivel de 8.9 según examen de INR, la posterior aparición de los síntomas propios de sobrecoagulación por dicho medicamento según lo ilustró la literatura especializada, en particular, hemorragias como en este caso, enfermedad cerebrovascular consistente en hematoma y hemorragia intraparenquimosa, la necesidad de intervención quirúrgica de dicha enfermedad, la complicación que tuvo esta y que desencadenó en su deceso apuntan a señalar que fue el suministro desbocado de dicho medicamento sin el control de IRN exigido por la ciencia médica, por cuanto el personal médico no estableció ello claramente a la paciente, que se configuró en la causa eficiente para la concreción del daño alegado como fue la muerte de la señora Gordillo de Matallana.

Para la Sala no se configuró la causal eximente de responsabilidad de culpa exclusiva de la víctima entendida como que la persona participó de manera directa y eficiente en la producción del resultado o daño, si se parte del hecho probado de que la paciente tomó dicho medicamento sin asistir a control médico alguno después de su egreso el 15 de mayo de 2008, atendiendo a las prescripciones médicas que le dio el médico internista Olarte Armenta en las que no le indicaba control alguno respecto a tal medicamento y lo que sí le indicaba era control con exámenes paraclínicos dentro del mes siguiente a su egreso en esa fecha.

En consecuencia, no se configuran los elementos propios de dicha causal eximente de responsabilidad atinentes a irresistibilidad, imprevisibilidad y exterioridad

⁴⁷ Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección A, Consejera ponente: Marta Nubia Velásquez Rico, 1 de marzo de 2018. Radicación número: 63001-23-31-000-2009-00067-01(42041).

610

respecto del demandado, como lo ha predicado pacíficamente la jurisprudencia de lo contencioso administrativo.

Por consiguiente, se declarará la responsabilidad extracontractual de la E.S.E. Hospital Regional de Chiquinquirá, a título de falla en el servicio médico, con ocasión a la muerte de la señora Leonor Gordillo de Matallana, progenitora de los demandantes, en razón a un erróneo tratamiento médico surtido con el medicamento Warfarina.

6.- LA CONDENA

Es necesario recordar que mediante auto del 15 de febrero de 2012, el a-quo rechazó el llamamiento en garantía solicitado por la E.S.E. Hospital Regional de Chiquinquirá y vinculó como litisconsorte necesario a la E.S.E. Hospital Regional de Duitama (fls. 289-292); providencia que en auto del 10 de abril de 2013, fue confirmada por la Sala de Descongestión de este Tribunal (fls. 316-321).

Tal como se ha establecido, la E.S.E. Hospital Regional de Chiquinquirá es la llamada únicamente a responder por la condena impuesta de modo que respecto del Departamento de Boyacá y la E.S.E. Hospital Regional de Duitama se declarará de oficio la excepción de falta de legitimación en la causa por pasiva.

6.1. Del daño moral

Para la reparación del daño moral, en caso de muerte, se han diseñado cinco niveles de cercanía afectiva entre la víctima directa y aquellos que acuden a la justicia en calidad de perjudicados o víctimas indirectas.

“Nivel No. 1. Comprende la relación afectiva, propia de las relaciones conyugales y paterno- filiales o, en general, de los miembros de un mismo núcleo familiar (1er. Grado de consanguinidad, cónyuges o compañeros permanentes o estables). A este nivel corresponde el tope indemnizatorio (100 smlmv).

Nivel No. 2. Donde se ubica la relación afectiva propia del segundo grado de consanguinidad o civil (abuelos, hermanos y nietos). A este nivel corresponde una indemnización equivalente al 50% del tope indemnizatorio.

Nivel No. 3. Está comprendido por la relación afectiva propia del tercer grado de consanguinidad o civil. A este nivel corresponde una indemnización equivalente al 35% del tope indemnizatorio.

Nivel No. 4. Aquí se ubica la relación afectiva propia del cuarto grado de consanguinidad o civil. A este nivel corresponde una indemnización equivalente al 25% del tope indemnizatorio.

*Nivel No. 5. Comprende las relaciones afectivas no familiares (terceros damnificados). A este nivel corresponde una indemnización equivalente al 15% del tope indemnizatorio.*⁴⁸

Para los niveles 1 y 2 se requerirá la prueba del estado civil o de la convivencia de los compañeros. Para los niveles 3 y 4, además, se requerirá la prueba de la relación afectiva. Para el nivel 5 deberá ser probada la relación afectiva.

De acuerdo con el criterio que ha sido adoptado por el Consejo de Estado - Sala de lo Contencioso Administrativo - Sección Tercera - Subsección b, desde la sentencia del 6 de septiembre de 2001 -expediente N° 13.232-, la demostración del padecimiento de un perjuicio moral, en su mayor grado debe ser indemnizada con una suma equivalente a 100 salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Al respecto, es procedente que la Sala fije en salarios mínimos la indemnización de perjuicios de orden moral, con aplicación de la facultad discrecional que le asiste frente a estos casos, de conformidad con los siguientes parámetros: (i) la indemnización se hace a título de compensación, más no de restitución ni de reparación; (ii) la tasación debe realizarse con aplicación del principio de equidad previsto en el artículo 16 de la Ley 446 de 1998; (iii) la determinación del monto debe estar sustentada en los medios probatorios que obran en el proceso y que están relacionados con las características del perjuicio; y (iv) debe estar fundamentada, cuando sea del caso, en otras providencias para garantizar el principio de igualdad.

Ahora bien, la parte actora pide a título de daño moral 100 SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES para cada uno de los demandantes, por concepto de daños morales derivados del dolor y sufrimiento que padecieron como consecuencia de la muerte de su señora madre y que les afectó negativamente su vida familiar, social y laboral.

⁴⁸ Radicación número: 66001-23-31-000-2001-00731-01(26251) Actor: Ana Rita Alarcón vda. de Gutiérrez y otros Demandado: municipio de Pereira Referencia: Acción de Reparación Directa (Apelación Sentencia - Sentencia De Unificación), 28 de agosto de 2014.

Teniendo en cuenta los parámetros establecidos por la jurisprudencia del Consejo de Estado, verifica la Sala que en el proceso quedó probado que la señora María Leonor Gordillo de Matallana (d.e.p.) era la progenitora de los demandantes Ruby Consuelo Matallana Gordillo (fl. 17), Nubia Esperanza Matallana Gordillo (fl. 18) y César Augusto Matallana Gordillo (fl. 19)

Por lo anterior, la Sala considera que es procedente reconocer a favor de Ruby Consuelo Matallana Gordillo, Nubia Esperanza Matallana Gordillo y Cesar Augusto Matallana Gordillo una indemnización por concepto de **PERJUICIO MORAL EQUIVALENTE A CIEN (100) SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES PARA CADA UNO**, pues de conformidad con la jurisprudencia de la Sección Tercera, los parentescos ya sean de primero o de segundo grado, el cual por mandato de la ley se acredita con los registros civiles de nacimiento, constituyen un hecho probado a partir del cual se infiere, con ayuda de las reglas de la experiencia, el dolor que padecen los hijos, los padres y los hermanos de la persona que sufre un daño, en razón de las relaciones de afecto que, por regla general, existen entre quien se encuentra en el grado de consanguinidad referido.

6.2 Del daño a la vida de relación

Este daño no puede confundirse con el perjuicio moral, pues su naturaleza y estructura son en esencia diferentes, el tratadista Juan Carlos Henao ha señalado sobre este concepto que “Para que se estructure en forma autónoma el perjuicio de alteración de las condiciones de existencia, se requerirá de una connotación calificada en la vida del sujeto, que en verdad modifique en modo superlativo sus condiciones habituales, en aspectos significativos de la normalidad que el individuo llevaba y que evidencien efectivamente un trastocamiento de los roles cotidianos, a efectos de que la alteración sea entitativa de un perjuicio autónomo, pues no cualquier modificación o incomodidad sin solución de continuidad podría llegar a configurar este perjuicio, se requiere que el mismo tenga significado, sentido y afectación en la vida de quien lo padece”⁴⁹.

⁴⁹ Responsabilidad Extracontractual del Estado. Cuarta Edición. Págs. 210 y 211

En términos generales, se ha indicado que puede reclamarlo todo aquel que padezca una afectación de su vida en comunidad por el hecho dañoso. Así las cosas, considerando el estado actual de la jurisprudencia, no solamente puede acceder a este rubro la víctima directa, sino todos aquellos que, dentro de su esfera de cercanía, puedan demostrar que la muerte o la lesión de un individuo en particular, les han afectado su vida colectiva o social.

En cuanto a la cuantificación, se rige en general, por las mismas reglas del daño moral. En ese orden de ideas, la jurisprudencia le ha dado primacía al arbitrio judicial, aun cuando respetando el precedente jurisprudencial. En este caso, el tope máximo, esto es, el derivado de la mayor lesión, se ha cuantificado en noventa millones de pesos, los cuales admiten modulación en la medida en que dicha intensidad se atenúe.

Lo paradójico es que el tope, que también es jurisprudencial, a semejanza de lo que sucede en el daño moral, no es sino consecuencia del primer fallo en el que se reconoció este rubro indemnizatorio donde la víctima había solicitado dicha cuantía, lo que impedía al Juez, por congruencia, el reconocimiento de un mayor valor. Fue esta consideración la que condujo a que el “tope” jurisprudencial que no legal, lo que permite su modificación quedara fijado en esta suma.

La parte actora en el escrito de demanda pide se reconozca por este concepto cien (100) salarios mínimos legales mensuales vigentes para cada uno de los demandantes.

Revisados los testimonios de Henry Arturo Medina (fls. 24-25 Anexo 3), Ana Barbará Rincón (fls. 26-27 Anexo 3), Yaneth Rocío Zambrano Rincón (fls. 28 Anexo 3) y Nelly Castañeda Peña (fls. 29-30 Anexo 3), dirá la Sala que estos no prueban la afectación de los demandantes a dicho título; no acreditan que en efecto la vida de estos cambió de manera anormal con ocasión del fallecimiento de su progenitora, por ende, la parte actora no probó las alteraciones de las condiciones de su existencia, pues una cosa es el dolor, el sufrimiento, la congoja y otra muy

distinta, el cambio anormal de los hábitos en función de la proyección de vida, razón más que suficiente para denegar esta pretensión.

7.3 Del daño material

La parte actora en el escrito de demanda pide que se reconozca por daños materiales la suma de \$57.600.000 para cada uno de los demandantes, teniendo en cuenta una vida probable de la víctima de 16 años más a la fecha de su deceso e ingresos mensuales por \$900.000, así como los gastos por tratamiento quirúrgico.

Se ha establecido que los legitimados para reclamar el daño material en la modalidad de lucro cesante son el afectado (víctima directa) y sus dependientes económicos.

La esfera de legitimados puede variar según si la víctima directa ha fallecido o no. Si lo primero, la jurisprudencia colombiana⁵⁰ ha señalado, con unanimidad, que el lucro cesante correspondiente al ingreso que percibiría esa víctima con posterioridad al fallecimiento y que destinaría para su propia subsistencia (esto es, lo que no desembolsaría a los dependientes económicos) no se puede reclamar.

Y no puede solicitarse porque, al decir de los jueces civiles, la muerte es un hecho jurídico cierto que, de un modo u otro, toda persona deberá enfrentar. Así las cosas, la muerte no puede ser vista como una interrupción imprevisible de las ganancias que habilite para el cobro de un lucro cesante directo del fallecido; al fin y al cabo, en un momento dado, todos vamos a morir, por lo que ese es, en definitiva, el momento en el cual cesará el ingreso a que tenemos derecho.

Así las cosas, los ingresos que la víctima percibiría con posterioridad a la fecha del fallecimiento y que se emplearía para sí mismo, no son reclamables. Quienes subsisten tras la muerte de la víctima directa sí podrán reclamar los ingresos que han

⁵⁰ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia de 13 de septiembre de 2013. M.P. Arturo Solarte Rodríguez.

dejado de percibir en razón del fallecimiento de dicha víctima directa, siempre que logre acreditar el consabido criterio de dependencia.⁵¹

La intervención de los dependientes exige que, como es natural, acrediten su dependencia económica. Sin embargo en ciertos casos la dependencia económica es presunta por ejemplo con los hijos menores de 25 años.

En el sub examine, los testimonios de Henry Arturo Medina (fls. 24-25 Anexo 3), Ana Barbará Rincón (fls. 26-27 Anexo 3), Yaneth Rocío Zambrano Rincón (fls. 28 Anexo 3) y Nelly Castañeda Peña (fls. 29-30 Anexo 3) dan cuenta que la señora Gordillo de Matallana tenía como oficio el comercio en la plaza de mercado de Saboyá y que colaboraba para la manutención de sus nietos.

Por otro lado se observa que los demandantes, al momento del deceso de su progenitora ya eran mayores de edad y no se prueba dependencia de económica de estos con respecto a aquella.

Y no se acreditó la existencia de otro perjuicio de tipo material a indemnizar como gastos por tratamiento quirúrgico.

Por todo lo anterior, al no acreditarse dependencia económica de los accionantes en relación con la causante ni otro perjuicio material, la Sala negará el reconocimiento de estos perjuicios.

VIII. COSTAS PROCESALES

De acuerdo con el artículo 171 del C.C.A., norma a partir de la cual se rituló el presente proceso, el juez está facultado para condenar a su pago siempre que la conducta asumida por las partes muestre temeridad o falta de fundamento.

⁵¹ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia de 5 de noviembre de 1999. M.P. Nicolás Bechara Simancas.

situaciones que no se evidenciaron en el caso concreto, de manera que no se condenará a la parte vencida en esta instancia al pago de las mismas.

En mérito de lo expuesto, la Sala de Decisión No. 2 del Tribunal Administrativo de Boyacá, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley,

FALLA:

PRIMERO. REVOCAR de la sentencia del 8 de noviembre de 2016 proferida por el Juzgado Séptimo Administrativo Oral del Circuito Judicial de Duitama y en su lugar se dispone:

SEGUNDO. DECLARAR probada de oficio la excepción de falta de legitimación en la causa por pasiva respecto del Departamento de Boyacá y la E.S.E. Hospital Regional de Duitama.

TERCERO. DECLARAR a la E.S.E. Hospital Regional de Chiquinquirá civil y extracontractualmente responsable por los daños causados a los demandantes con ocasión del fallecimiento de la señora Leonor Gordilló de Matallana (d.e.p.).

CUARTO. CONDENAR a la ESE Hospital Regional de Chiquinquirá a pagar en favor de **RUBY CONSUELO MATALLANA GORDILLO, NUBIA ESPERANZA MATALLANA GORDILLO Y CESAR AUGUSTO MATALLANA GORDILLO** una indemnización por concepto de perjuicio moral equivalente a **CIEN (100) SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES** para cada uno.

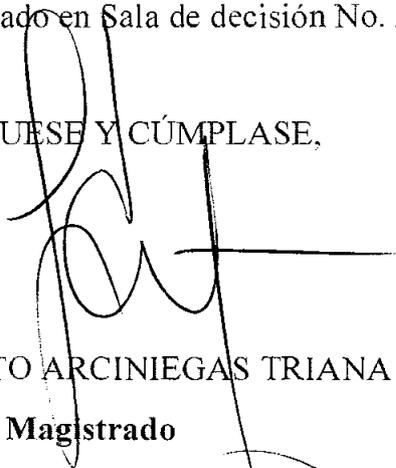
QUINTO. Negar las demás pretensiones de la demanda

SEXTO. Sin costas en esta instancia.

En firme esta sentencia, por Secretaría devuélvase el expediente al despacho judicial de origen y déjense las anotaciones en el Sistema Único de Información de la Rama Judicial “Justicia Siglo XXI”.

Este proyecto fue estudiado y aprobado en Sala de decisión No. 2 de la fecha.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,



LUÍS ERNESTO ARCINIEGAS TRIANA

Magistrado



CLARA ELISA CIFUENTES ORTÍZ

Magistrada



JOSÉ ASCENCIÓN FERNÁNDEZ OSORIO

Magistrado

La anterior firma hace parte integrante del expediente No. 150013333007-2010-00123-01