



RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DEL CAUCA

Acción o medio de control. Reparación Directa
Radicado. 19001333100720070017801
Demandante. Rosalbina Hoyos Argote y otros
Demandado. Hospital Universitario San José.
Fecha de la sentencia. Septiembre 29 de 2016
Magistrado ponente. PEDRO JAVIER BOLAÑOS ANDRADE
Descriptor 1. Responsabilidad hospitalaria.
Restrictor 1. Fallecimiento por patología de diabetes.
Restrictor 2. Fallecimiento por infección hospitalaria/Ausencia probatoria.
Descriptor 2. Consentimiento informado.
Restrictor. No se consideró médicamente en razón a la grave patología presentada.
Descriptor. Registro civil de defunción.
Restrictor. Puede ser suplido por otros medios de prueba.
Resumen del caso. Paciente diabético que fallece por la presunta falta de una adecuada atención médica que conllevó a que supuestamente desarrollara un cuadro infeccioso durante su permanencia en el Hospital Universitario San José, el cual se aduce no presentaba al momento de su ingreso.
Problema jurídico 1. Definir si conforme a las pruebas obrantes en el plenario aparece acreditado el hecho del fallecimiento del paciente, evento que según el A quo únicamente admite como prueba el correspondiente registro civil de defunción, el cual no obra en el plenario, razón por la cual procedió a negar las pretensiones de la parte actora.
Problema jurídico 2. Al darse por acreditado el hecho del fallecimiento y, por ende, el daño deprecado, se entrará a estudiar de fondo el asunto y determinar si se encuentra demostrada la responsabilidad del ente demandado.
Tesis 1. Se puede concluir, entonces, que la víctima falleció como consecuencia de las múltiples complicaciones producto de la diabetes mellitus II que padecía desde antes de su ingreso al centro hospitalario, siendo claro que la institución hospitalaria, desde el primer momento en que ingresó el paciente, puso a su servicio todos los conocimientos y asistencia necesaria tendiente a recuperar el grave estado de salud que presentaba, lo que finalmente no fue posible.
Tesis 2. La circunstancia de no obrar en la historia clínica el documento contentivo del consentimiento informado del paciente, en este caso en particular, no puede derivar en forma

alguna en una falla en el servicio que dé lugar a encontrar responsable a la entidad demandada del fallecimiento del paciente.

Decisión. Confirma negativa por las razones expuestas por el Tribunal.

Razón de la decisión.

Se puede concluir, entonces, que el señor ENOS ÑAÑEZ CHILITO falleció como consecuencia de las múltiples complicaciones producto de la diabetes mellitus II que padecía desde antes de su ingreso al centro hospitalario, siendo claro que la institución hospitalaria, desde el primer momento en que ingresó el paciente, colocó a su servicio todos los conocimientos y asistencia necesaria tendiente a recuperar el grave estado de salud que presentaba, lo que finalmente no fue posible.

De suerte que no es factible colegir -como se afirma en la demanda- que el fallecimiento del paciente tuvo su origen en una infección que adquirió en el centro asistencial, afirmación que se queda sin sustento probatorio.

El otro punto que se invoca como sustento de responsabilidad, se refiere a la falta de consentimiento informado de paciente y/o de sus familiares para llevar a cabo la cirugía. Se indica que el paciente permaneció consciente y en pleno goce de sus facultades mentales hasta antes de la cirugía, sin que se le hubiera informado del cuadro infeccioso que presentaba.

Al respecto se observa que si bien, como se desprende de la declaración rendida por el médico cirujano que intervino al paciente, al igual que del contenido del oficio AIE 241/121 de 13 de junio de 2012 emanado del Hospital Universitario San José, no obra en la historia clínica el respectivo consentimiento dado por el paciente para llevar a cabo el acto quirúrgico, lo cierto es que, como quedó visto, el grave estado de salud que presentaba desde su mismo ingreso al centro hospitalario y que se prolongó durante el tiempo que permaneció en la U.C.I., no obstante la recuperación en su estado de consciencia, ameritaba necesariamente de la realización de la intervención quirúrgica -toracotomía derecha, más empiemectomía y pleurectomía parietal-, tendiente a controlar el foco infeccioso que ya traía producto de la enfermedad de base que presentaba -diabetes mellitus tipo II- y que le impedía respirar adecuadamente, como bien lo refirió el cirujano en su declaración, al explicar el procedimiento quirúrgico realizado. Acto quirúrgico que, además, conforme al contenido de la historia clínica no se evidencia que hubiera presentado algún tipo de complicación, como para colegir que el deceso del paciente se presentó por una mala praxis médica.

En este punto es de reiterar lo consignado en el dictamen pericial, cuando al hacer referencia a la atención médica brindada al paciente, en forma clara se indica que se ciñó "a los protocolos médicos de acuerdo a la patología, sintomatología y complicaciones presentadas".

De suerte que la circunstancia de no obrar en la historia clínica el documento contentivo del consentimiento informado del paciente, en este caso en particular, no puede derivar en forma alguna en una falla en el servicio que dé lugar a encontrar responsable a la entidad demandada del fallecimiento del señor ENOS ÑAÑEZ CHILITO.

Conforme a lo anterior, la Sala procederá a confirmar la sentencia de instancia que negó las pretensiones de la demanda, pero por las precisas razones expuestas en la presente providencia.

Observación del Despacho sobre la relevancia de la sentencia. Prueba del daño en casos de responsabilidad médica. Es posible acreditar el daño representado en la muerte del paciente con otros elementos de juicio distintos a la copia del folio del registro civil de defunción.

Nota de Relatoría. Sobre la inexistencia de nexo causal entre el tratamiento dado y la muerte

Expediente
Demandante
Demandado
Acción

19001 33 31 007 2007 00178 01
ROSALBINA HOYOS ARGOTE Y OTROS
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ
REPARACIÓN DIRECTA

de la paciente (diagnóstico apendicitis), ver sentencia de mayo 30 de 2014, demandante Gumercindo Macías Bolaños y otros vs Hospital Nivel II Susana López de Valencia ESE, Magistrada Ponente Carmen Amparo Ponce Delgado.

Sobre caso de responsabilidad hospitalaria, presunta falta de atención diligente por insuficiencia renal crónica y absceso renal. Fallecimiento de la paciente. Confirma negativa, no se establecieron probatoriamente las causas de la muerte, ver también sentencia de Julio 7 de 2016, demandantes Ever Alfredo Salazar Clavijo y otros vs ISS, Magistrado Ponente Pedro Javier Bolaños Andrade.

Ver caso de atención inadecuada en centro hospitalario, se accede a pretensiones, en sentencia de abril 14 de 2016, demandante Miller Méndez Sánchez y otros vs Departamento del Cauca (no. 36 cdno 1), Magistrada ponente Carmen Amparo Ponce Delgado.



**REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DEL CAUCA
Sala de decisión No. 2 Sistema Escritural**

Popayán, veintinueve (29) de septiembre de dos mil dieciséis (2016)

Magistrado Ponente: PEDRO JAVIER BOLAÑOS ANDRADE

Expediente 19001333100720070017801
Demandante ROSALBINA HOYOS ARGOTE Y OTROS
Demandado HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ
Acción REPARACIÓN DIRECTA

SENTENCIA No.

I. OBJETO A DECIDIR

Decide la Sala el recurso de apelación impetrado por la parte demandante contra la Sentencia de fecha 16 de diciembre de 2013 proferida por el Juzgado Séptimo Administrativo de Descongestión del

Circuito de Popayán, por la cual se negaron las pretensiones de la demanda.

II. ANTECEDENTES

2.1. La demanda¹

ROSALBINA HOYOS ARGOTE y otros, obrando por conducto de apoderado judicial y en ejercicio de la acción de reparación directa, solicitaron se hicieran las siguientes declaraciones y condenas:

*"PRIMERO.- Que el HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN, Empresa Social del Estado, es administrativamente responsable de los daños y perjuicios morales subjetivados a los señores ROSALBINA HOYOS ARGOTE, SEBASTIAN ÑAÑEZ HOYOS, DAGOMIR ÑAÑEZ HOYOS, ILDER EVEANDO ÑAÑEZ y a los menores YULIANA ÑAÑEZ HOYOS, ANYIA YULIETH ÑAÑEZ NAVIA y YERARDINE ÑAÑEZ ODOÑEZ, con motivo de la deficiente atención médica que condujo a una infección generalizada, hemorragia masiva y paro cardiorespiratorio, que le ocasionó la muerte al señor **ENOS ÑAÑES CHILITO**, esposo, padre y abuelo, ocurrida en el centro de salud el diecisiete (17) de mayo de dos mil cuatro (2004), aproximadamente a las ocho (8) y veintiún (21) minutos de la noche, y por la pérdida de oportunidad representada en la omisión de comunicarle al extinto ENOS ÑAÑES CHILITO y a sus allegados, los riesgos de la intervención médico-quirúrgica que le fue practicada el diecisiete (17) de mayo de dos mil cuatro (2004), según se expresará más adelante.*

SEGUNDO.- Condenase, en consecuencia, al HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYÁN, Empresa Social del Estado, como reparación del daño ocasionado, a pagar a los actores los perjuicios de orden moral los cuales se estiman como mínimo en la suma de \$632.000.000 aproximadamente, o conforme a lo que resulte probado en el proceso.

TERCERO.- Sobre el total de las sumas que correspondan a favor de los demandantes, deberá liquidarse la indexación que determina el artículo 178 del C.C.A.; y respecto de los perjuicios morales: Para la esposa 500 salarios mínimos legales mensuales vigentes al momento de la sentencia; Para cada uno de los hijos 250 salarios mínimos legales mensuales vigentes al momento de la sentencia; Para cada uno de los nietos 100 salarios mínimos legales mensuales vigentes al momento de la sentencia.

CUARTO.- La entidad demandada, dará cumplimiento a la sentencia que se profiera en el presente proceso, en el término señalado en el artículo 176 del C.C.A.

QUINTO.- Si no se efectúa el pago oportunamente, al entidad condenada liquidará los intereses comerciales y moratorios hasta que le de cabal

¹ Folios 69 a 74 del cuaderno principal

cumplimiento a la sentencia que le puso fin al proceso, conforme lo prevé el artículo 177 del C.C.A."

2.2. Los hechos

El señor ENOS ÑAÑES CHILITO ingresó a la unidad de urgencias del Hospital San José de Popayán el 7 de mayo de 2004, a las 16:00 horas, remitido de la población de Argelia-Cauca, siendo trasladado por sus familiares en un vehículo particular.

Al ingreso del paciente, medicina interna reportó que *"no hay historia de procesos infecciosos a ningún nivel"*, dando un diagnóstico de cetoacidosis diabética.

El informe de radiología de 8 de mayo indica: *"PROBABLE INFILTRADO EN EL PARENQUIMA QUE SE PROYECTA EN EL ANGULO CARDIOFRENICO DERECHO. CATETER VENOSO CON SU PUNTA EN LA AURÍCULA DERECHA"*.

El 9 de mayo se anota *"T 39° c., persiste fiebre aunque sin foco establecido. A las 00:00 horas en hoja de evolución se anota RX de tórax: catéter. Infiltrado Infeccioso"*; el 10 de mayo se encuentra líquido pleural sanguinolento y los cultivos resultan negativos; el informe de radiología de 11 de mayo reporta *"OPACIFICACION DE LA BASE DEL HEMITORAX DERECHO POR DERRAME PLEURAL. CATETER VENOSO CON SU PUNTA EN LA CAVA SUPERIOR. TORAX: PA Y DE CUBITO DERECHO CON RAYO HORIZONTAL: OPACIFICACION DEL HEMITORAX DERECHO DEBIDO A DERRAME PLEURAL. LA PUNTA DEL CATETER VENOSO SE ENCUENTRA EN LA CAVA SUPERIOR"*; para el 15 de mayo se reporta la colocación de tubo de drenaje en la cavidad pleural derecha y resultado negativo de los cultivos tomados y se deja constancia de *"Problemas empiema no drenado"*; el 16 de mayo se registra *"Infeccioso: persiste fiebre y hay incremento de leucocitos. En el mismo folio vuelto se anota: Paciente en condiciones estables, paciente colaborador"*.

Para el 17 de mayo, las notas de enfermería registran el ingreso a sala No 9 en cama UCI a las 17:40, despierto, con tubo de tórax, material purulento,

sin drenado, sin medicamentos ni elementos, realizando el Dr. PAZ inducción a anestesiología; a las 18:00 horas se inicia el acto quirúrgico de toracotomía; a las 19:00 horas se colocan dos sellos de tórax derecho y termina el procedimiento dejando herida quirúrgica; a las 19:45 se traslada al paciente a UCI con tubo orotraqueal; a las 21:20 horas se registra *"Paciente quien regresa de cirugía. Se le practicó toracotomía DL derecha, empiectomia, pleurectomia + toracostomias de dos tubos"*, transcurrió estable, pero a su reingreso a las 8:10 pm. se observó taquicárdico, sin respuesta adecuada, sudoroso, con cianosis en cuello y cara, súbitamente bradicárdico, *"se atropera no responde"*, iniciándose masaje cardiaco, se observa fibrilación ventricular que se cardiovierte y no responde, se mantienen maniobras por 20 minutos pero no responde, falleciendo a las 21:20 horas.

La hoja de control de líquidos de UCI de 17 de mayo, a las 03:00 horas, reporta: *"Se observa pálido-sudoroso y sangrado masivo por sitio de Hda Qca-desamurado (sic) -Se reanima por 30" sin respuesta - se declara clínicamente muerto. Se informa a fliares y se lleva cadáver a patología"*; la anotación del sangrado quirúrgico no se realizó en las notas de enfermería.

El certificado de defunción expedido por el cirujano general HENRY F. PASTAS BUSTOS del Hospital Universitario San José, deja constancia de las causas de la muerte, así: **"CAUSA DIRECTA: Choque séptico. Tiempo aproximado entre el comienzo de cada causa y la muerte: 1 día. Debido a: Empiema: 5 días. Debido a: DM II: N.D."**

El paciente llegó al centro asistencial sin señales ni antecedentes de estados infecciosos, como se indicó en la historia clínica, por lo que se infectó dentro del hospital, siendo inadecuada la atención médica dada para el manejo del cuadro infeccioso, culminando en su deceso.

Precisa que el paciente permaneció consciente y en pleno goce de sus facultades hasta antes de la intervención quirúrgica, no siendo informado, al igual que sus familiares, del cuadro infeccioso que presentaba, como

tampoco se tomó su consentimiento para llevar a cabo la referida intervención.

2.3. La contestación de la demanda²

Se opone a las pretensiones de la demanda dado que los hechos en que se fundan no constituye una falla en el servicio, puesto que desde el ingreso del paciente el 7 de mayo de 2004 presentaba un deterioro importante en su estado de salud de 5 días de evolución, siendo examinado y valorado oportunamente, profiriéndose los diagnósticos pertinentes según los cuadros clínicos que presentaba y actuando conforme a los mismos, practicando exámenes y procedimientos requeridos para su patología y utilizando todos los recursos disponibles en la institución.

La causa del fallecimiento del señor NAÑEZ CHILITO es atribuible a causas endógenas, con una patología de base -enfermedad diabética tipo II III-, que no había recibido el cuidado y controles periódicos que demandaba.

La consecuencia de una patología no controlada periódicamente, como en el presente caso, es el progresivo deterioro del estado de salud, generando un daño multisistémico, no obstante la atención integral, idónea y oportuna brindada por el hospital.

Se recalca que el paciente ingresó en muy malas condiciones generales, con diagnóstico de insuficiencia respiratoria grado II-III, con una infección pulmonar que no es una infección nosocomial, como pretende argumentarse en los hechos de la demanda, o sea, adquirida dentro del hospital; que el paciente llevaba menos de 24 horas de ingreso, presentando una manifestación infecciosa que se da en ese tipo de pacientes diabéticos no controlados, infección que incluso se puede dar en aquellos pacientes controlados, tales como infecciones urinarias o pulmonares.

² Folios 95 a 114 del cuaderno principal

Formula las excepciones de inexistencia de la obligación de indemnizar, culpa exclusiva de la víctima y la genérica.

2.3.2. Por la llamada en garantía³

Formula las excepciones de inexistencia de la obligación, inexistencia de nexo causal, culpa exclusiva de la víctima, prescripción de la póliza 04400087, exoneración de lucro cesante y perjuicios morales, límites a la responsabilidad de la aseguradora, coexistencia de seguros y la genérica.

2.4. Recuento procesal

No se tiene conocimiento cierto de la fecha de presentación de la demanda, en tanto no se registra formato de presentación personal⁴, ni obra acta de reparto; siendo recibida en la secretaría del Tribunal el 9 de mayo de 2006⁵, procediéndose a su admisión por auto de 19 de mayo de 2006⁶, siendo notificada a la demandada y al Ministerio Público⁷.

Una vez fijado el asunto en lista⁸, por auto de 13 de febrero de 2007⁹ se abrió el proceso a pruebas; procediéndose con proveído de 4 de junio de 2007¹⁰ a decretar la nulidad de todo lo actuado a partir de la fijación en lista y ordenar la remisión del expediente por el factor cuantía a los Juzgados Administrativos.

El asunto correspondió al Juzgado Séptimo Administrativo, que por auto de 01 de octubre de 2007¹¹ avocó conocimiento, ordenando la fijación en lista y dejando a salvo las pruebas practicadas¹²; por auto de 9 de

³ Folios 22 a 28 del cuaderno de llamamiento en garantía

⁴ Folio 75 del cuaderno principal

⁵ Folio 76 del cuaderno principal

⁶ Folios 77 a 78 del cuaderno principal

⁷ Folios 83 y 84 del cuaderno principal

⁸ Folios 85 y 87 del cuaderno principal

⁹ Folios 88 a 89 del cuaderno principal

¹⁰ Folios 115 a 116 del cuaderno principal

¹¹ Folio 120 del cuaderno principal

¹² Folios 121 y 122 del cuaderno principal

noviembre de 2007¹³ se desestimó el escrito de contestación de demanda y no accedió a la solicitud de llamamiento en garantía, decisión que fue recurrida y por auto de 4 de febrero de 2008¹⁴ se dispuso no reponer para revocar, decisión también recurrida y resuelta mediante auto de 13 de febrero de 2007¹⁵ que decidió no dar trámite al recurso.

Por sentencia de tutela 19 de febrero de 2008¹⁶ se dejaron sin efectos las providencias de 9 de noviembre de 2007 y 4 de febrero de 2008, ordenándose al juzgado proferir una nueva decisión en la que se considerara el escrito de contestación de la demanda y el llamamiento en garantía; procediendo el juzgado mediante auto de 5 de marzo de 2008¹⁷ a tener por contestada la demanda y por auto de 25 de abril de 2008¹⁸ a admitir el llamamiento en garantía realizado a la Compañía de seguros del Estado S.A..

Por auto de 23 de mayo de 2008¹⁹ se corrió traslado de las excepciones, con proveído de 30 de marzo de 2009²⁰ se abrió el proceso a pruebas y por auto de 24 de agosto de 2011²¹ se corrió traslado a las partes para alegar de conclusión.

Posteriormente, el asunto fue asignado al Juzgado Séptimo Administrativo de Descongestión, quien por auto de 27 de marzo de 2012²² avocó conocimiento; luego le correspondió el conocimiento al Juzgado Tercero Administrativo de Descongestión, que mediante proveído de 28 de mayo de 2012²³ avocó conocimiento, ordenando la práctica de pruebas de oficio.

Mediante auto de 29 de octubre de 2012²⁴ se decretaron otras pruebas,

¹³ Folios 123 a 124 del cuaderno principal

¹⁴ Folios 130 a 132 del cuaderno principal

¹⁵ Folios 136 a 137 del cuaderno principal

¹⁶ Folios 140 a 152 del cuaderno principal

¹⁷ Folio 153 del cuaderno principal

¹⁸ Folios 10 a 11 del cuaderno de llamamiento en garantía

¹⁹ Folio 155 del cuaderno principal

²⁰ Folios 159 a 161 del cuaderno principal

²¹ Folio 178 del cuaderno principal

²² Folios 189 a 190 del cuaderno principal

²³ Folios 191 a 193 del cuaderno principal

²⁴ Folio 195 del cuaderno principal

decisión frente a la cual la parte demandante interpuso recurso de reposición, siendo negado por improcedente mediante auto de 23 de noviembre de 2012²⁵. Con escrito de 4 de diciembre de 2012²⁶ la parte demandante solicitó la nulidad del auto de 29 de octubre de 2012, despachada negativamente por auto de 17 de julio de 2013²⁷.

El 16 de diciembre de 2013²⁸ se dictó sentencia, siendo apelada por la parte demandante²⁹, concediéndose el recurso por auto de 5 de febrero de 2014³⁰.

Según secuencia No. 20973 de 17 de febrero de 2014³¹ el asunto le correspondió por reparto al despacho del entonces Magistrado TULLIO MOSQUERA GUEVARA, quien por auto de 31 de julio de 2014³² avocó conocimiento, a la vez que admitió el recurso de apelación, decisión notificada al Agente del Ministerio Público³³. Por auto de 2 de octubre de 2014³⁴ se corrió traslado para alegar de conclusión.

Estando a despacho para fallo³⁵, el despacho del Magistrado Ponente avocó conocimiento por auto de 18 de febrero de 2016³⁶.

2.5. La sentencia apelada³⁷

Mediante sentencia de 16 de diciembre de 2013 el Juzgado Séptimo Administrativo de Descongestión negó las pretensiones de la demanda.

Como soporte de la decisión, expuso la Juez A quo que no se demostró el daño que se aduce en la demanda, en tanto no se aportó ni se solicitó el

²⁵ Folio 200 del cuaderno principal

²⁶ Folios 202 a 205 del cuaderno principal

²⁷ Folios 219 a 220 del cuaderno principal

²⁸ Folios 221 a 232 del cuaderno principal

²⁹ Folios 235 a 236 del cuaderno principal

³⁰ Folio 237 del cuaderno principal

³¹ Folio 239 del cuaderno principal

³² Folio 241 del cuaderno principal

³³ Folio 244 del cuaderno principal

³⁴ Folio 246 del cuaderno principal

³⁵ Folio 267 del cuaderno principal

³⁶ Folio 268 del cuaderno principal

³⁷ Folio 221 a 232 del cuaderno principal

original o copia auténtica del registro civil de defunción del señor ENOS ÑAÑEZ CHILITO, habiéndose allegado únicamente copia simple del certificado de defunción del DANE de fecha 17 de mayo de 2004, siendo la prueba del daño el primer elemento necesario para estructurar la responsabilidad estatal.

2.6. El recurso de apelación³⁸

La parte demandante solicita revocar la sentencia de primera instancia y, en su lugar, se provea lo que en derecho corresponda.

Son sus argumentos:

“La jurisprudencia del Consejo de Estado, Sección Tercera, ha admitido como prueba suficiente del fallecimiento de una persona determinada, entre otros, la certificación expedida por una autoridad pública.

En el presente asunto, se aportó copia auténtica de la Licencia de inhumación del fallecido ENOS ÑAÑEZ CHILITO, expedido por la Inspección primera Superior de Policía Municipal de Popayán.

Al expedir dicho documento el Inspector de Policía está certificando el hecho del fallecimiento del señor ENOS ÑAÑEZ CHILITO, y por lo tanto autoriza inhumar su cuerpo.

La copia de la Licencia de Inhumación del fallecido ENOS ÑAÑEZ CHILITO, junto con la copia auténtica de su historia clínica aportada al proceso por la parte demandada, donde consta el fallecimiento del citado señor, demuestran su muerte, por lo tanto está demostrado el daño.”

2.7. Alegatos de conclusión en segunda instancia

2.7.1. Por la parte demandante³⁹

Dice que aun cuando no se aportó con la demanda la copia auténtica del registro civil de defunción, sí se allegó copia simple del certificado de

³⁸ Folios 235 a 236 del cuaderno principal

³⁹ Folios 249 a 258 del cuaderno principal

defunción expedido por el médico cirujano HENRY F. PASTAS BUSTOS el 17 de mayo de 2004 en el formato del DANE, al igual que copia auténtica de la licencia de inhumación del cadáver del señor ÑAÑES CHILITO expedida por la Inspección Primera Superior de Policía de Popayán.

Manifiesta que debe tenerse en cuenta que el Consejo de Estado ha admitido como prueba suficiente del fallecimiento de una persona la constancia de defunción suscrita por el médico tratante y el informe oficial elaborado por una autoridad pública, como lo es la licencia de inhumación, además que solicita se dé valor probatorio a las copias simples, conforme a lo dispuesto por el Consejo de Estado en sentencia del 28 de agosto de 2013, especialmente al certificado de defunción de 17 de mayo de 2004 que obra en copia simple.

De otra parte, se refiere que el estado infeccioso que presentó el señor ÑAÑES CHILITO fue adquirido dentro del hospital, lugar al que llegó sin ninguna clase de infección, falleciendo por choque séptico debido a una empiema pleural; además que tampoco existió consentimiento informado.

2.7.2. Por la parte demandada⁴⁰

En síntesis, precisa que al paciente NAÑES CHILITO se le brindó toda la atención y tratamiento posible para su mejoría, siguiendo los protocolos médicos de acuerdo a la patología, sintomatología y complicaciones presentadas desde su ingreso y durante su evolución.

2.8. Concepto del Ministerio Público⁴¹

La Procuraduría 40 Judicial II Administrativa devuelve el expediente ante la imposibilidad de rendir concepto de fondo en tiempo oportuno *“en consideración a que el Despacho no cuenta con el personal suficiente que*

⁴⁰ Folios 259 a 264 del cuaderno principal

⁴¹ Folio 266 del cuaderno principal

permita realizar un estudio detenido de todos los procesos allegados en el término dispuesto en la Ley 1395 de 2010, toda vez que como Procuradora Judicial II Administrativa debo intervenir en los procesos orales asignados y adelantar el proceso conciliatorio extrajudicial.”

III. CONSIDERACIONES DEL TRIBUNAL

3.1. La competencia

Por la naturaleza del proceso, el lugar donde ocurrieron los hechos y la cuantía, el Tribunal es competente para decidir el asunto en **SEGUNDA INSTANCIA**, de conformidad con lo establecido por el artículo 133-1 del Código Contencioso Administrativo –D.L. 01 de 1984-.

3.2. El ejercicio oportuno de la acción

Si bien no se cuenta en el expediente con el registro civil de defunción, conforme a las anotaciones de la historia clínica y certificado de defunción expedido por el médico cirujano HENRY F. PASTAS BUSTOS en el formato del DANE, se tiene que el fallecimiento del señor ENOS ÑAÑES ocurrió el **17 de mayo de 2004**, por lo que considerando que el libelo introductorio se presentó el **9 de mayo de 2006**⁴², es dable colegir que la acción se instauró dentro del término de caducidad señalado en la ley para tal efecto.

3.3. Asunto previo: sobre las copias simples

Con la demanda se allegó copia simple del certificado de defunción del señor ENOS ÑAÑES expedido por el médico cirujano, documento al cual se

⁴² Folio 76 del cuaderno principal

les dará valor probatorio atendiendo a lo dispuesto en la Sentencia de Unificación de la Sala Plena de la Sección Tercera del H. Consejo de Estado de fecha 28 de agosto de 2013⁴³, en la que se precisó que es viable tener como prueba los documentos aportados por la parte actora en

⁴³ Sentencia del H. Consejo de Estado del 28 de agosto de 2013, C.P. Enrique Gil Botero, Rad. 05001-23-31-000-1996-00659-01(25-022), Actor: Rubén Darío Álzate y otros, Demandado: Nación – Fiscalía General de la Nación.

"(...) Ahora bien, una vez efectuado el recorrido normativo sobre la validez de las copias en el proceso, la Sala insiste en que –a la fecha– las disposiciones que regulan la materia son las contenidas en los artículos 252 y 254 del C.P.C., con la modificación introducida por el artículo 11 de la ley 1395 de 2010, razón por la cual deviene inexorable que se analice el contenido y alcance de esos preceptos a la luz del artículo 83 de la Constitución Política y los principios contenidos en la ley 270 de 1996 –estatutaria de la administración de justicia–.

En el caso sub examine, las partes demandadas pudieron controvertir y tachar la prueba documental que fue aportada por la entidad demandante y, especialmente, la copia simple del proceso penal que se allegó por el actor, circunstancia que no acaeció, tanto así que ninguna de las partes objetó o se refirió a la validez de esos documentos.

Por lo tanto, la Sala en aras de respetar el principio constitucional de buena fe, así como el deber de lealtad procesal reconocerá valor a la prueba documental que ha obrado a lo largo del proceso y que, surtidas las etapas de contradicción, no fue cuestionada en su veracidad por las entidades demandadas.

El anterior paradigma, como se señaló, fue recogido por las leyes 1395 de 2010, 1437 de 2011, y 1564 de 2012, lo que significa que el espíritu del legislador, sin anfibología, es modificar el modelo que ha imperado desde la expedición de los Decretos leyes 1400 y 2019 de 1970.

En otros términos, a la luz de la Constitución Política negar las pretensiones en un proceso en el cual los documentos en copia simple aportados por las partes han obrado a lo largo de la actuación, implicaría afectar –de modo significativo e injustificado– el principio de la prevalencia del derecho sustancial sobre el formal, así como el acceso efectivo a la administración de justicia (arts. 228 y 229 C.P.).

Lo anterior no significa que se estén aplicando normas derogadas (retroactividad) o cuya vigencia se encuentra diferida en el tiempo (ultractividad), simplemente se quiere reconocer que el modelo hermenéutico de las normas procesales ha sufrido cambios significativos que permiten al juez tener mayor dinamismo en la valoración de las pruebas que integran el acervo probatorio, para lo cual puede valorar documentos que se encuentran en copia simple y frente a los cuales las partes han guardado silencio, por cuanto han sido ellas mismas las que con su aquiescencia, así como con la referencia a esos documentos en los actos procesales (v.gr. alegatos, recursos, etc.) los convalidan, razón por la que, mal haría el juzgador en desconocer los principios de buena fe y de lealtad que han imperado en el trámite, con el fin de adoptar una decisión que no refleje la justicia material en el caso concreto o no consulte los postulados de eficacia y celeridad.

De allí que, no puede el juez actuar con obstinación frente a los nuevos lineamientos del derecho procesal o adjetivo, en los que se privilegia la confianza y la lealtad de las partes, razón por la cual esa es la hermenéutica que la Sección C de la Sección Tercera ha privilegiado en pluralidad de decisiones, entre ellas vale la pena destacar⁴³.

(...)

Ahora bien, todo cambio o unificación de jurisprudencia genera una aplicación de la nueva hermenéutica adoptada, razón por la cual el posible argumento referente a la modificación de la línea jurisprudencial que sobre la materia ha sostenido esta Sección y, de manera concreta, una de sus Subsecciones, no puede constituir razón suficiente para mantener la vigencia de una tesis que no consulta los postulados constitucionales y los lineamientos procesales modernos. Una de las finalidades principales del orden jurídico o normativo reside en la efectividad de los derechos y las garantías de los sujetos procesales, por lo tanto, una postura excesivamente formal deslegitima los fines esenciales del derecho procesal o adjetivo, máxime si las partes han guardado silencio a lo largo de la actuación, lo que ha permitido convalidar su postura frente a los documentos que reposan en el plenario en copia simple."

copia simple - salvo contadas excepciones en los que la ley disponga lo contrario-entendiendo que permaneciendo a lo largo del proceso han sido convalidados por la parte contra quien se aducen, presumiéndose el pleno conocimiento de la referida prueba, a la vez que controvertirla o bien alegarla a su favor, acudiendo así directamente a la hermenéutica garantista que debe adoptar el Juez en procura de dar cabida a los principios de la buena fe y la lealtad procesal.

3.4. El asunto materia de debate

Corresponde a la Sala entrar a determinar si le asiste razón a la parte actora en la alzada, en tanto considera que debe revocarse la sentencia de instancia para, en su lugar, declarar la responsabilidad de la entidad demandada. En primer término, deberá definirse si conforme a las pruebas obrantes en el plenario aparece acreditado el hecho del fallecimiento del señor ENOS ÑAÑES CHILITO, evento que según el A quo únicamente admite como prueba el correspondiente registro civil de defunción, el cual no obra en el plenario, razón por la cual procedió a negar las pretensiones de la parte actora. Definido este extremo, y en caso de darse por acreditado el hecho del fallecimiento y, por ende, el daño deprecado, se entrará a estudiar de fondo el asunto y determinar si se encuentra demostrada la responsabilidad del ente demandado.

3.5. El régimen de responsabilidad aplicable

En relación con la responsabilidad que se presenta en la prestación del servicio de salud, la jurisprudencia del Consejo de Estado ha precisado que aquella se configura -salvo determinadas excepciones- bajo el régimen de responsabilidad subjetivo, como lo es la falla probada del servicio.

Bajo dicho título de imputación, le corresponde a la parte demandante demostrar la falla propiamente dicha, el daño antijurídico y el nexo causal

entre aquella y el daño. Al respecto, el H. Consejo de Estado ha señalado⁴⁴:

“[L]a Sección Tercera del Consejo de Estado ha consolidado una posición en materia de responsabilidad del Estado por la prestación del servicio de salud, en virtud de la cual aquella es de naturaleza subjetiva, advirtiendo que es la falla probada del servicio el título de imputación bajo el cual es posible configurar la responsabilidad estatal por la actividad médica hospitalaria, de suerte que se exige acreditar la falla propiamente dicha, el daño antijurídico y el nexo de causalidad entre aquella y éste⁴⁵.

De igual forma, sobre la carga de la prueba en los referidos casos de falla en el servicio médico, precisó el Máximo Tribunal que recae en la parte demandante, moderándose en ciertos casos al aceptarse la prueba indirecta, como es el indicio⁴⁶.

“...pero dicha exigencia se modera mediante la aceptación de la prueba indirecta de este elemento de la responsabilidad, a través de indicios, al tiempo que no se requiere certeza en la determinación de la causa, sino que se admite la acreditación de una causa probable.

Así las cosas, el presente asunto se resolverá bajo la óptica de los parámetros del régimen subjetivo de responsabilidad de la falla probada del servicio.

3.6. Lo probado en el proceso

3.6.1. Historia clínica del Hospital Universitario San José de la ciudad de Popayán⁴⁷.

⁴⁴ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de abril veintiocho (28) de dos mil once (2011). Rad. 19963CP. Danilo Rojas Betancourth. En la sentencia se relacionan las siguientes sentencias: septiembre 13 de 1991, exp. 6253, C.P. Carlos Betancur Jaramillo; del 22 de marzo de 2001, exp. 13166, C.P. Ricardo Hoyos Duque; del 14 de junio de 2001, exp. 11901; de octubre 3 de 2007, exp. 12270, C.P. Mauricio Fajardo Gómez; de marzo 26 de 2008, exp. 16085, C.P. Ruth Stella Correa y del 4 de junio de 2008, exp. 16646, C.P. Ramiro Saavedra Becerra, entre otras.

⁴⁵ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencias de: agosto 31 de 2006, exp. 15772, C.P. Ruth Stella Correa; de octubre 3 de 2007, exp. 16402, C.P. Mauricio Fajardo Gómez; del 23 de abril de 2008, exp. 15750; del 1 de octubre de 2008, exp. 16843 y 16933; del 15 de octubre de 2008, exp. 16270. C.P. Myriam Guerrero de Escobar; del 28 de enero de 2009, exp. 16700, C.P. Mauricio Fajardo Gómez; del 19 de febrero de 2009, exp. 16080, C.P. Mauricio Fajardo Gómez; del 18 de febrero de 2010, exp. 20536, C.P. Mauricio Fajardo Gómez y del 9 de junio de 2010, exp. 18683, C.P. Mauricio Fajardo Gómez, entre otras.

⁴⁶ Idem

⁴⁷ Folios 2 a 58 del cuaderno principal

- Unidad de urgencias -7 de mayo de 2004- 16:30 horas⁴⁸

"MEDICINA INTERNA

Paciente de 52 años procedente de Balboa (Cauca) sin remisión y sin antecedentes patológicos conocidos.

La familia refiere cuadro clínico de 5 días de evolución con poliuria y polidipsia marcadas con pérdida de la conciencia desde la noche anterior. No hay historia de procesos infecciosos a ningún nivel, tampoco episodios traumáticos ni ingestión de medicamentos.

Al ingreso se encuentra paciente en malas condiciones generales, deshidratado en coma superficial, con respiración acidótica y signos vitales PA 108/75, FC 136/m FR 40/m afebril.

Examen cardiopulmonar -abdominal y genitourinario normal- sin déficit neurológico.

Con diagnóstico de cetoacidosis diabética se ordenan paraclínicos - líquidos-insulina"

(...)

8 mayo/04 H: 08:10

Paciente de 50 años de edad, en su primer día de manejo intrahospitalario, (ilegible) con: DBT mellitus descompensada (de novo) -con estado mixto (CAD+estado hiperosmolar)- IVU? (ilegible) insuficiencia renal aguda?- insuf respiratoria aguda tipo II regulares condiciones generales, taquicardico, (ilegible) febril(...) ORL: abundante material purulento en faringe, con escurrimiento posterior.

- Epicrisis del servicio de urgencias, fecha de ingreso 7 de mayo de 2004 a las 16:45 y egreso el 8 de mayo de 2004 a las 15:00 horas⁴⁹, disponiendo el traslado del paciente a la unidad de cuidados intensivos:

"DATOS DE INGRESO A. Motivo de consulta Remitido de Argelia x coma hiperosmolar

B. Enfermedad actual 1 semana con poliuria, polidipsia, debilidad general; desde ayer deterioro del estado neurológico, somnoliento.

(...)

F. Diagnóstico: (...)

Confirmado DBT mellitus descompensado

Relacionado IRA

G. Conducta NVO, LEV, insulina insulina (ilegible), liq ranitidina, hepamina, laboratorios.

(...)

DATOS DE LA EVOLUCION Regular evolución clínica, (...) valorado x UCI ordena ingreso en la unidad

(...)

B. Condiciones generales de salida Traslado a UCI

(...)"

⁴⁸ Folio 56 del cuaderno principal

⁴⁹ Folio 2 del cuaderno principal

- Evolución del 9 de mayo de 2004⁵⁰

"(...)

Comentarios_ 1. Se comenzó ampicilina (ilegible) por persistencia de fiebre aunque sin foco establecido, 2. De acuerdo al cálculo de agua (déficit) hay que corregir al menos 1 lt adicional al bol + actual 3. Inicio fluconazol x probabilidad de sobreinfección x hogos.

(...)

UCI 1º día⁵¹

1. DM II descompensada
 2. Estado hiperosmolar cetosico
 3. Encefalopatía metabólica (ilegible) e hiperosmolar
 4. IRA tipo II
 5. Insuficiencia renal aguda no (ilegible)
- Problemas: - Fiebre 39º trombocitopenia
- Glucosa (aumento)

- Evolución del 12 de mayo de 2004⁵²

"Medicina interna- Inmunologia-12-2004 Diabético de (ilegible) febril sin foco, con leucopenia progresiva a expensas de linfocitos actualmente en 300 linfocitos indicando inmunodeficiencia celular + trombocitopenia, lo que apunta a enfermedad viral tipo echo-(ilegible) por la DM vs CMV por ser leucocitotrófico

Se inicia CD4/CD8, test de Tzank en orina- IFI en sangre (...) lastimosamente no podemos hacer serología para enterovirus. Se sugiere según resultados y evolución usar IFN (ilegible)"

- Evolución del 13 de mayo de 2004, 27: 00 horas⁵³ -UCI -

"(...)

Problemas: - T de T
-Sat O2 limítrofe
-Derrame pleural derecho
- Glicemia no controlada

(...)

(...)no transfusión x no reactivos (pruebas) en Banco
No evidencia de sangrado activo

(...)

PLAN: -(ilegible)
-continuar manejo ATB x infiltrado dcho
Iniciar- secreciones purulentas y
-no fiebre después de cambio ATB"

- Descripción operatoria de 13 de mayo de 2004⁵⁴

⁵⁰ Folio 40 del cuaderno principal

⁵¹ Folio 41 vuelto del cuaderno principal

⁵² Folio 25 del cuaderno principal

⁵³ Folio 23 vuelto del cuaderno principal

⁵⁴ Folio 24 del cuaderno principal

*“Diagnóstico Preoperatorio Derrame pleural derecho GIII
Diagnostico Postoperatorio Idem
Intervención practicada (ilegible)*

Hallazgos

*Derrame pleural derecho (ilegible) no fétido G III
(...)”*

- Informe de radiología⁵⁵:

*“TORAX (MAYO 7):
LA IMAGEN RADIOGRAFICA DEL TORAX ES NORMAL.
TORAX (MAYO 14): OPACIFICACION OTAL DEL HEMITORAX DERECHO CON
LIGERO DESPLAZAMIENTO CONTRALATERAL DEL MEDIASTINO Y TUBO DE
DRENAJE EN LA CAVIDAD PLEURAL DERECHA
TORAX (MAYO 17): LA IMAGEN RADIOGRAFICA ES IGUAL A LA ANTERIOR”*

- Informe de radiología⁵⁶

*“TORAX (MAYO 12)
DERRAME PLEURAL DERECHO
OPACIDADES LINEALES EN LA BAS DEL PULMON IZQUIERDO PRESUMIBLEMENTE
DE NATURALEZA CICATRICIAL
TORAX (MAYO 15): HA SIDO COLOCADO UN TUBO DE DRENAJE EN LA
CAVIDAD PLEURAL DERECHA.”*

- Informe de radiología⁵⁷

*“TORAX (MAYO 11)
OPACIFICACION DE LA BASE DEL HEMITORAX DERECHO POR DERRAME
PLEURAL. CATETER VENOSO CON SU PUNTA EN LA CAVA SUPERIOR
MAYO 11
TORAX: PA Y DE CUBITO DERECHO CON RAYO HORIZONTAL: OPACIFICACION
DEL HEMITORAX DERECHO DEBIDO A DERRAME PLEURAL.
LA PUNTA DEL CATETER VENOSO SE ENCUENTRA EN LA CAVA SUPERIOR.”*

- Informe de radiología⁵⁸

*“TORAX (MAYO 08 04)
PROBABLE INFILTRADO EN EL PARENQUIMA QUE SE PROYECTA EN EL ANGULO
CARDIOFRENIDO DERECHO.
CATETER VENOSO CON SU PUNTA EN LA AURICULA DERECHA.*

*(...)
TORAX:
LA IMAGEN RADIOGRAFICA DEL TORAX ES NORMAL.”*

⁵⁵ Folio 8 del cuaderno principal

⁵⁶ Folio 33 del cuaderno principal

⁵⁷ Folio 35 del cuaderno principal

⁵⁸ Folio 50 Y 52 del cuaderno principal

- Control de líquidos de 17 de mayo de 2004⁵⁹ Horas: 03:00 04:00 05:00

"se observa pálido-sudoroso y sangrado masivo por sitio de hda cgca - desaturado. Se reanima por 30´ sin respuesta- se declara clínicamente muerto. Se informa a fiares y se lleva cadáver a patología".

- Notas de enfermería⁶⁰:

"17- V-04- 21:20

Paciente quien regresa de cirugía. Se le practicó toracotomía pl derecha, empiectomía-(ilegible)rectomía+toracostomías de dos tubos con el (ilegible) permaneció estable pero a su regreso a las 8:10 p.m. se observa taquicárdico (...) no responde adecuadamente se observa sudoroso y con cianosis en cara-cuello, súbitamente (ilegible) bradicárdico (50x´) se (ilegible) atropin, no responde- se inicia masaje cardiaco se observa fibrilación ventricular x 10 que se cardiovierte a 100 joules y no responde se conservan medidas con goteo de adrenalina (ilegible) y adrenalina directa, se mantienen maniobras x 20 minutos pero no responde y fallece a las 21:20"

- Epicrisis, servicio UCI, ingreso 8 de mayo de 2004 a las 17:00 horas y egreso el 17 de mayo de 2004 a las 21:20 horas⁶¹:

"DATOS DEL INGRESO A. Motivo de consulta Paciente ingresa desde el servicio de urgencias en coma y estado hiperosmolar mixto x DM II (ilegible), con deterioro del estado de consciencia y signos de dificultad respiratoria por lo cual lo internan. Consultan además había desarrollado IRA no (ilegible)(...)

(...)

E. Examen físico Esuporoso, febril, taquicárdico,(ilegible) (...)

F. Diagnósticos (...)

Confirmado DM II + estado hiperosmolar mixto

Relacionado Sd febril a estudio foco (ilegible)

G. Conducta LEV, mantenimiento +corrección de la deshidratación y el déficit de agua e exp insulina (ilegible) en goteo, CEFEPIME+CLOTRIMAZOL tópico, febuconazol EV, oxacilina +ranitidinba (se logra compensar DM II Procedimiento quirúrgico realizado Toracostomía der.

DATOS DE EVOLUCIÓN (ilegible) sd febril, luego derrame pleural TAC Tórax empiema derecho x lo cual se lleva a toracotomía: empiemectomia +pleurectomía+Toracostomía- en el (ilegible) inestabilidad hemodinámica (...) paro cardiorespiratorio que no responde a maniobras de reanimación y fallece

(...)"

⁵⁹ Folio 5 del cuaderno principal

⁶⁰ Folio 6 del cuaderno principal

⁶¹ Folio 3 del cuaderno principal

- Certificado de defunción No. A1579174⁶² del señor ENOS ÑAÑES CHILITO, en el que se consigna como fecha de fallecimiento el día 17 de mayo de 2004, a las 21: 20 horas, expedido por el médico HENRY PASTÁS BUSTOS, del Hospital Universitario San José de Popayán; indicándose como causa directa "CHOQUE SEPTICO".

- Licencia de inhumación de cadáver No. 0499 de 18 de mayo de 2004⁶³, expedida por la Inspección Primera Superior de Policía de Popayán, en la que se hace referencia al fallecimiento del señor ENOS ÑAÑES CHILITO el día 17 de mayo de 2004, indicando como causa probable de muerte "natural", según certificado de defunción No. 1579174.

3.6.2. Dictamen pericial

- Dictamen pericial rendido por el Médico Internista NELSON ADOLFO LOPEZ GARZON⁶⁴:

1.- *Condiciones físicas del ingreso al Hospital San José del señor ENOS ÑAÑEZ CHILITO el día 7 de mayo de 2004: De acuerdo a las notas de ingreso fue remitido desde Argelia en coma hiperosmolar con compromiso del estado de conciencia, poliuria, polidipsia, debilidad general como manifestaciones de diabetes mellitus 2. El coma hiperosmolar es una complicación metabólica aguda de la diabetes mellitus que a pesar del tratamiento agresivo en centros de alta tecnología en Estados Unidos alcanza una mortalidad del 15%, aumentada en pacientes de edad y con comorbilidades severas como en este paciente como la infección pulmonar y falla multi-orgánica (respiratoria, renal aguda) que llevaron al fallecimiento del paciente. El tratamiento requiere de la corrección de la deshidratación y del estado cetoacidótico e hiperosmolar con líquidos endovenosos de hidratación, corrección de alteraciones electrolíticas especialmente del potasio, control de la hiperglicemia con Insulina y administración de bicarbonato endovenoso para corregir la acidosis.*

2.- *La trombocitopenia que es la disminución en el recuento de plaquetas y la leucopenia, disminución en el número de leucocitos, podrían ser explicadas por el estado infeccioso séptico sistémico severo del paciente con foco pulmonar y manifestaciones de fiebre, taquicardia, taquipnea desencadenantes de un síndrome de distress respiratorio agudo.*

3.- *El hallazgo en la radiografía de tórax de infiltración basal derecha indica una infección respiratoria del tipo de neumonía probablemente por broncoaspiración debido al compromiso de estado de conciencia del paciente.*

⁶² Folio 60 del cuaderno principal

⁶³ Folio 59 del cuaderno principal

⁶⁴ Folio 70 del cuaderno de pruebas

4.- La poliuria, polidipsia y deterioro del estado neurológico motivo del ingreso son manifestaciones de la diabetes mellitus 2, indicando la severidad y gravedad de su estado clínico al ingreso al Hospital San José.

5.- la insuficiencia respiratoria aguda y la falla renal aguda son complicaciones del estado infeccioso sistémico agudo del paciente empeorando el pronóstico del paciente. Los tirajes son manifestaciones clínicas de la severidad del compromiso respiratorio del paciente.

6.- El empiema pleural tabicado es una complicación de la neumonía con derrame para-neumónico en el paciente diabético con mayor riesgo de infecciones en cualquier sitio del cuerpo. La valoración por nefrología del día 14 de mayo del 2004 diagnostica una insuficiencia renal aguda no oligúrica por la posible nefropatía de base (diabética), como otra complicación del paciente. El paciente empeora a pesar del uso de Antibióticos de amplio espectro como Cefepime.

7.- El desconocimiento de la enfermedad diabética , sin asistir a controles y manejo clínico de su patología de base conducen a las complicaciones agudas severas de la diabetes mellitus con alto riesgo de morbi-mortalidad.

8.- La toracostomía pleural cerrada derecha al paciente consiste en colocar un tubo de tórax después de la anestesia local para drenar el líquido acumulado en la pleura. Por la evolución clínica del paciente y formación de empiema requirió luego una resección de la pleura parietal izquierda y empiemectomía.

9.- El fallecimiento del paciente se atribuye a choque séptico con foco pulmonar en paciente diabético tipo 2 que ingresó al Hospital San José en coma diabético, con compromiso multiorgánico incluyendo falla renal aguda y falla respiratoria. La complicación de la infección con empiema pleural que requirió resección y la progresión de la infección llevaron al deterioro hemodinámico y al paro cardiorrespiratorio del paciente.

10.- La atención brindada en el Hospital al Señor Enos Ñañez se ciñe a los protocolos médicos de acuerdo a la patología, sintomatología y complicaciones presentadas en la evolución del paciente en forma oportuna, diligente y adecuada."

- Aclaración del dictamen⁶⁵

Interrogante No. 1: El paciente ingresó con comorbilidades severas como infección pulmonar y falla multi-orgánica. Aclare si el paciente llegó al hospital con o sin infección pulmonar y falla multi-orgánica (respiratoria y renal aguda).

⁶⁵ Folio 74 del cuaderno de pruebas

Respuesta: SI. Como consta en las notas de ingreso al hospital: Desde hace 5 días poliuria, polidipsia, debilidad, pérdida de peso desde hace 2 meses, desde anoche se torna inconsciente ingresando con presión arterial de 99/57 mmHg, frecuencia cardíaca de 110 por minuto y frecuencia respiratoria de 46 por minuto, en hojas 98-99 con tirajes universales y reporte de Rx de tórax del 8 de mayo del 2004 con "infiltrado en el parénquima pulmonar en el ángulo costofrénico derecho", determinando el foco febril al ingreso de tipo respiratorio con insuficiencia respiratoria aguda (frecuencia respiratoria muy elevada), diabetes mellitus de novo descompensada severamente al ingreso con glicemia muy elevada (715 mg/dl) deshidratado, con encefalopatía metabólica hiperosmolar y cetoacidótica e insuficiencia renal aguda con creatinina sérica al ingreso de 3.7 mg/dl.

2.1: En nota de valoración de Medicina Interna al ingreso por el Dr. Martínez (hoja 98) se ordenan paraclínicos y se inicia manejo con Líquidos e Insulina, los cuales aparecen anotados en la prescripción médica (hojas 81 y 98) del día 8 de mayo del 2004 y en el manejo inicial en la Unidad de Cuidados Intensivos el día 8 de mayo del 2004 (hojas 78,79, 96) para corregir el desequilibrio hidroelectrolítico y ácido-básico con las recomendaciones hechas por Nefrología del día 8 de mayo de 2004 después de ingreso del paciente (hoja 97).

11.1. Complemente "además del compromiso de estado de conciencia del paciente" que otras causas pueden ocasionar la broncoaspiración en el paciente, se responde que se aspira material orofaríngeo y digestivo esófago- gástrico favorecido por el compromiso del estado de conciencia como el comatoso del paciente al ingreso al Hospital ocasionando neumonía bronco-aspirativa.

Las siguientes preguntas sobre derrame pleural, manejo en cuidados intensivos y complicaciones quirúrgica o post- quirúrgicas, que están por fuera de mi especialidad deben ser respondidas por los especialistas correspondientes en cuidado crítico y/o cirugía."

3.6.3. Testimonio rendido por el médico especialista en cirugía general

GUILLERMO JULIAN SARMIENTO RAMIREZ⁶⁶ (Se transcribe en forma textual):

"(...) se trató de un paciente de alrededor de cincuenta años, que había ingresado al hospital San José, el siete de mayo del 2004, llegando en estado de coma, "casi muerto" por una diabetes mellitus descompensada, por una infección de origen respiratorio, la diabetes es una enfermedad que ocurre por deficiencia de la hormona insulina secretada por el páncreas la cual se encarga de controlar adecuadamente el metabolismo de la glucosa, Principal nutriente del cual vivimos, es extremadamente grave si no se detecta a tiempo y por lo tanto no se consulta para recibir un adecuado manejo, llevando las condiciones del paciente del que hablamos, que además tenía un daño del riñón ocasionado por la infección descrita y por la misma enfermedad. Al momento de su ingreso el siete de mayo a las 4. p.m. el especialista de medicina interna el Dr. Samuel Martínez resalta que el paciente ha permanecido enfermo cinco días atrás, al día siguiente es trasladado a cuidados intensivos, donde comienza a hacer manejo por múltiples especialistas del hospital y se comprueba

⁶⁶ Folios 19 a 22 del cuaderno de pruebas

una infección pulmonar de la cual gracias al manejo realizado comienza a mejorar quedando como secuela de esta infección del pulmón líquido purulento, dentro de la cavidad torácica, -empiema pleural que según concepto del cirujano cardiovascular DR. VICTO MANUEL BONILLA, debía de ser retirado, mediante la intervención quirúrgica que practiqué el 17 de mayo del 2004, es protocolo de todo paciente que permanece en cuidados intensivos, que antes de someterse a tratamiento quirúrgico, cualquier tratamiento invasivo se solicita consentimiento informado al paciente sin el cual no se realiza ninguna intervención. Dado que el paciente había mejorado notoriamente con el tratamiento realizado en la unidad de cuidado intensivo el paciente había recobrado completamente su estado mental y estaba en capacidad de aceptar o rechazar el tratamiento. Dado la gravedad que aún presentaba el paciente debía permanecer en cuidados intensivos, practicársele la cirugía para completar el manejo iniciado diez días antes y así evitar una recaída que lo pudiera llevar a la muerte. El día 17 de mayo se lleva a cirugía en la cual se retira el líquido purulento y se libera el pulmón derecho que se encontraba comprometido por un proceso inflamatorio avanzado, el tratamiento se denomina empiemectomía, pleurectomía parietal por toracotomía derecha, según la nota operatoria y el registro anestésico realizado por el Dr. JOSE IGNACIO PAZ, no se presentó ninguna complicación, el paciente pasa nuevamente a seguir su cuidado post operatorio a cuidados intensivos, ... y el Dr. de turno HENRY FERNANDO PASTAS, determina la presencia de un choque séptico fulminante que lo lleva a morir poco tiempo después. Al parecer no se hizo autopsia para descartar otra causa de muerte, por lo cual lo único cierto es el testimonio del Dr. PASTAS. El Despacho procede a darle lectura al interrogatorio presentado por la apoderada del Hospital, **PREGUNTADO:** Cual fue el diagnóstico de ingreso del paciente ENOS ÑAÑES CHILITO en fecha 7 de mayo de 2004, quien fuera remitido del Municipio de Argelia CAUCA? **CONTESTO:** Me refiero a lo descrito previamente. **PREGUNTADO:** 3.- Cual fue el diagnóstico inicial, previa valoración del paciente y cual fue el plan o tratamiento a seguir? **CONTESTO:** la mayoría de tratamiento lo realizaron los especialistas de medicina interna de cuidado intensivo y de nefrología, ya que el riñón presentó una insuficiencia grave producto de la enfermedad de base y el proceso infeccioso descrito que respondió adecuadamente al tratamiento ofrecido. **PREGUNTADO:** 4.- En que consiste la patología denominada DIABETES MELLITUS TIPO II, y que tipo de manejo y controles debe tener un paciente con ese diagnóstico? **CONTESTO:** Se trata de una enfermedad por la cual la persona no puede asimilar metabólicamente la glucosa - azúcar nutriente principal de todos los seres humanos, esto hace que los niveles normales menores cien miligramos por decilitros se eleven a niveles tan altos como quinientos o más, como los que presentó el paciente a su ingreso- como consecuencia existe alteración de la función de los principales órganos vitales como el cerebro - produciendo coma como el presentado por el paciente, insuficiencia del riñón, también presentado y susceptibilidad mayor a las infecciones que también sufrió el enfermo. El paciente debe consultar rápidamente con los primeros síntomas de descompensación, como es el aumento en la orina- poliuria- y extremada sed - polidipsía- con los cuales permaneció en su casa durante cinco días antes de consultar; en ese caso un simple examen de sangre puede hacer el diagnóstico y comenzar rápidamente su manejo a base de dieta especial baja en azúcares y medicamentos que le ayuden al páncreas a controlar los niveles de glucosa. Si un paciente realiza su tratamiento en forma oportuna tiene una vida muy parecida a lo normal, en caso

contrario lo puede llevar a la muerte, con el desafortunado final del paciente que nos ocupa en esta diligencia. Resalto que es muy probable que el enfermo haya venido con su enfermedad sin manejo adecuado mucho tiempo atrás. **PREGUNTADO:** 5.- Cuales son las consecuencias más frecuentes que puede presentar un paciente con un diagnóstico de diabetes mellitas II, que no ha recibido ningún tipo de control o tratamiento. **CONTESTO:** Además de lo ya referido, puede existir un daño irreversible del corazón de las arterias cerebrales, de los ojos, y de las extremidades. **PREGUNTADO:** 6.- Sírvase explicar brevemente y conforme a la historia clínica que se le pone de presente en que consiste el siguiente diagnóstico: DIABETES MELLITAS TIPO II, INSUFICIENCIA RENAL AGUDA, INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA TIPO II-III. **CONTESTO:** A las dos primeras ya me he referido, a la tercera manifiesto que es dificultad para oxigenar adecuadamente la sangre a través de los pulmones, tipo II quiere decir que el enfermo es incapaz de llenar de aire sus pulmones- por el estadio de coma que el paciente presentaba al ingreso del hospital- y tipo III, por que los pulmones se encuentran colapsados - la pus que tenia en el espacio pleural y las membranas encontradas en la cirugía que atrapaban el pulmón. **PREGUNTADO:** 7.- En que consiste una disfunción hematológica como la presentada por el señor ENOS ÑAÑEZ CHILITO y que se refleja en una TROMBOCITOPENIA y una LEUCOPENIA, cuales son los riesgos de sangrado que puede presentar una persona con diagnóstico? En estado se deja constancia que se hizo presente la apoderada del Hospital. **CONTESTO:** Consiste en una alteración para detener la posibilidad de una hemorragia desde cualquier vaso sanguíneo, como en el caso de I paciente que al parecer ocurrió por deficiencia en la función de sus plaquetas - uno de los componentes importantes de este mecanismo- si no se corrige puede llevar a una hemorragia incontrolada, resalto que durante todo el tiempo que permaneció en cuidado intensivo fue corregido con transfusión permanente de plaquetas y según examen tomado cinco horas antes de la cirugía tenía un numero de plaquetas normales glóbulos blancos normales - no existía leucopenia - y niveles de sangre normales - hemoglobina 12.1 normal de 12 a 16 fl 61 cuaderno de pruebas-. Estos problemas que presentó el paciente fueron producto de la insuficiencia de múltiples órganos en que llegó el paciente al servicio de urgencias al Hospital el día 7 de mayo. **PREGUNTADO:** 8.- En que consiste el procedimiento quirúrgico denominado TORACOSTOMIA realizado al señor ENOS ÑAÑEZ CHILITO el día 17 de mayo del 2004, y cual era su finalidad? **CONTESTO:** El procedimiento practicado en realidad fue, primero TORACOTOMIA DERECHA, se trata de una incisión quirúrgica que me permite llegar a la cavidad torácica y los órganos contenidos en ella, el otro procedimiento fue EMPIEMECTOMIA, que consiste en retirar el foco infeccioso remanente - es el empiema pleural, causante de las complicaciones finales del paciente - y la otra es PLEURECTOMIA PARIETAL, que es retirar las membranas fibrosas que atrapaban el pulmón y ocasionaban la insuficiencia respiratoria antes descrita. **PREGUNTADO** por la apoderada: Sírvase Dr. Según la historia clínica que se le pone de presente informar a este despacho si se encuentra dentro de la historia clínica de manera expresa la firma del consentimiento informado del paciente ENOS ÑAÑEZ CHILITO y que referencia este consentimiento. **CONTESTO:** En referencia a la historia clínica que reposa en el cuaderno de copias existe fotocopias remitidas al Despacho con fecha 22 de abril del 2009,- casi cinco años después de ocurridos los hechos - revisado los que existe, no se encuentra el documento solicitado. Pero esto no quiere decir que no se haya realizado, puesto que se pudo haber extraviado durante este largo

periodo de tiempo, insisto en que es protocolo mandatario en la unidad de cuidado intensivo, que todo paciente que se le realiza un procedimiento invasivo en esta caso una cirugía mayor, no puede ir a cirugía sin cumplir este requisito y más si hablamos de un Paciente que se encontraba con facultades mentales recobradas. **PREGUNTADO:** Sírvase manifestar al despacho si el paciente ingresó al Hospital Universitario San José con algún antecedente de estado infeccioso. **CONTESTO:** En el folio 24 cuaderno de pruebas, el especialista que lo ingreso a cuidado intensivo DR. HECTOR FABIO LONDOÑO, deja como cuarto diagnóstico "posible estado infeccioso agudo" dicha anotación es del 8 de mayo del 2004. **PREGUNTADO:** Sírvase manifestar a este despacho de acuerdo a la historia clínica que se le pone de presente, si este se encontraba consiente y en pleno goce de sus facultades mentales? **CONTESTO:** Según consta al folio 25, el Dr., FABIO LONDOÑO, especialista que lo ingresa cuidados intensivos, lo encuentra en encefalopatía metabólica- quiere decir que tenía una disfunción de sus funciones mentales-que lo llevó a perder incluso la conciencia desde la noche anterior al ingreso al Hospital, folio 23. Dr. SAMUEL MARTINEZ, a pesar del estado casi mortal en que llegó el paciente, ayudado por la tardanza por ser traído por su familia, se logra recuperar, después del trabajo en grupo de por lo menos veinte especialistas de la medicina del mejor hospital de la ciudad, y como consecuencia de toda su enfermedad sufre una recaída mortal, después de intentar erradicar el último foco infeccioso que no dejaba salir al paciente de su condición crítica que lo mantenía en la unidad de cuidados intensivos. Aclaro nuevamente, que el paciente autorizó el procedimiento quirúrgico y que por su estado mental completamente recuperado pudo haber rechazado. El Despacho procede a interrogar al testigo. **PREGUNTADO:** En algún momento se consultó con los familiares sobre el estado del paciente y la operación que se le practicó? **CONTESTO:** Desde la fecha de los hechos al día de hoy he intervenido a más o menos unos mil quinientos pacientes, por lo tanto no recuerdo el físico del paciente, pero es evidente que se haya realizado por el protocolo, que es manejado por el jefe de cuidados intensivos."

3.6.4. Otras pruebas

- Oficio AIE 241/121 de 13 de junio de 2012 remitido por el Hospital Universitario San José en respuesta a requerimiento del Juzgado:

"(...) por el cual solicitan remitir copia auténtica o autorización del consentimiento informado que debió haber suscrito Enos Nández (...) o sus familiares para la realización del procedimiento quirúrgico "Toracostomía" realizado el día 17 de mayo del 2004.

Revisado el documento clínico del correspondiente señor Enos Nández (...); no parece el consentimiento informado, pero por cuestiones ético legales del consentimiento este no puede ser exigido, en este tipo de intervención en razón de la urgencia, por la necesidad de evitar un riesgo mayor. Este tipo de consentimiento se denomina implícito, el profesional de la salud en este caso el cirujano, puede obviar este documento de todos modos pueden exigir cualquier otra aclaración en este sentido."

- Historia clínica Unidad Nivel I Argelia-Cauca⁶⁷, en la que no se observa atención dada al paciente relacionada con cuadro de diabetes mellitus o insuficiencia renal.

3.7. El análisis de la Sala

3.7.1. Sobre la acreditación del daño

Como se indicó (supra 3.4.), el primer aspecto a resolver está relacionado con la acreditación del fallecimiento del señor ENOS ÑAÑES CHILITO, deceso que -a juicio del A quo- no se logró probar debidamente al no haberse aportado al expediente el correspondiente registro civil de defunción, por lo que se procedió a despachar negativamente las pretensiones de la demanda al no acreditarse debidamente el primer elemento de responsabilidad, cual es el daño.

Ha precisado la jurisprudencia del Consejo de Estado⁶⁸ que el medio idóneo para acreditar el estado civil de las personas, es con el correspondiente registro civil. Concretamente, tratándose del fallecimiento, se ha indicado que al ser un hecho que modifica el estado civil, debe procederse a su registro, circunstancia que sólo puede acreditarse con la correspondiente copia del registro civil de defunción, al tenor de lo dispuesto en el artículo 105 del Decreto 1260 de 1970. Así, la prueba del estado civil y de las situaciones que emanen de él, está circunscrita a la copia auténtica del correspondiente folio o al certificado que con base en él se expidan, señalando que ninguno de los hechos, actos y providencias relativos al estado civil y la capacidad de las personas, pueden hacer fe en un proceso, ni ante ninguna autoridad, si no ha sido inscrito o registrado en la respectiva oficina, conforme a lo dispuesto en la referida norma.

⁶⁷ Folios 1 a 4 cuaderno documentos con reserva

⁶⁸ SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO-SECCION TERCERA-SUBSECCION C-Consejero ponente: JAIME ORLANDO SANTOFIMIO GAMBOA. Sentencia del 23 de mayo de 2015, Radicación número: 73001-23-31-000-2002-02110-01(31083) Actor: GRACIELA SOTO PARRA Y OTROS-Demandado: DEPARTAMENTO DEL TOLIMA - HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE E.S.E.

Pero, así mismo, es de destacarse que el Alto Tribunal ha morigerado dicha postura, al admitir en ciertos casos un medio probatorio diferente al registro civil para acreditar el fallecimiento de una persona. Así, en sentencia de Sala Plena de la Sección Tercera de fecha 22 de marzo de 2012⁶⁹, se tuvieron en cuenta ciertos criterios para aceptar otros medios probatorios diferentes al registro o certificado civil de defunción. Para el efecto se remitió a lo indicado por la Corte Constitucional en la Sentencias T-1045 de 2010 y T-427 de 2003, al indicar que si bien la prueba idónea de los hechos y actos relacionados con el estado civil de las personas es la copia de la correspondiente partida o folio de registro civil, de manera excepcional resulta viable que el juez pueda admitir otros medios alternativos de prueba del estado civil para efectos de otorgar un amparo constitucional de carácter transitorio, mientras la persona interesada obtiene el correspondiente registro, limitándolo a dos eventos: (i) una grave afectación de un derecho fundamental de un sujeto de especial protección constitucional y (ii) la imposibilidad de obtenerlo o allegarlo al proceso de manera oportuna⁷⁰.

Así mismo, se indicó que la Sección Segunda del Consejo de Estado⁷¹ ha precisado que el hecho del fallecimiento de una persona puede acreditarse por medio de certificación expida por cualquier autoridad pública que tenga conocimiento del hecho -distinta a aquella legalmente encargada de la inscripción en el registro civil-, *“en aquellos casos en los cuales no se tiene copias del registro civil respectivo por razones no imputables a la parte interesada en que se pruebe el fallecimiento”*.

En el presente asunto, como bien lo indicara el A quo, no obra prueba del correspondiente registro civil de defunción del señor ENOS ÑAÑES CHILITO, por lo que, en principio, podría colegirse que al no haberse acreditado

⁶⁹ Radicado: 23001-23-31-000-1997-08445-01.

⁷⁰ Sentencia T-501 de 2010. Esta decisión se adoptó al resolver la acción de tutela presentada por una persona de la tercera edad, a quien la EPS Salud Total le negó la afiliación al Sistema General de la Seguridad Social en Salud, en calidad de beneficiaria, con fundamento en que pretendió acreditar el parentesco con la cotizante a través de la partida de bautismo, y no del correspondiente registro civil de nacimiento.

⁷¹ Sentencia del 13 de octubre de 2010; rad. 2010-01158-00(AC).

conforme a derecho el respectivo fallecimiento, no habría lugar a realizar un análisis de fondo, en tanto no aparecería configurado el primer elemento de responsabilidad, cual es el daño. No obstante ello, y si bien - como se refirió- el hecho del fallecimiento de una persona debe demostrarse con el respectivo registro civil, considera la Sala que en eventos como el presente asunto, donde se demanda indemnización de perjuicios por la falla en el servicio médico originada -según la parte actora- en la deficiente atención médica y que desencadenó en la muerte del señor ÑAÑES CHILITO, resulta viable acudir a los otros elementos probatorios que obrantes en el plenario den fe y plena certeza del acaecimiento del hecho, es decir del fallecimiento. Distinta es la situación, como igualmente lo precisa la jurisprudencia, tratándose ya de las consecuencias jurídicas que se derivan del fallecimiento de una persona, para cuyo efecto, según lo que se persiga, sí resultaría indispensable allegar el correspondiente registro civil de defunción expedido por autoridad competente, al tenor de lo dispuesto en el Decreto 1260 de 1970⁷².

Así, se tiene que en el expediente obra copia del certificado de defunción No. A1579174⁷³ del señor ENOS ÑAÑES CHILITO, en el que se consigna como fecha de fallecimiento el día 17 de mayo de 2004, a las 21: 20 horas, expedido por el médico HENRY PASTÁS BUSTOS, del Hospital Universitario San José de Popayán; indicándose como causa directa "CHOQUE SEPTICO". De igual forma, conforme a las anotaciones consignadas en la historia clínica del paciente para el referido día, se tiene por un hecho cierto el fallecimiento. Así mismo, se aprecia copia de la licencia de inhumación de cadáver, de fecha 18 de mayo de 2004⁷⁴, expedida por la Inspección Primera Superior de Policía de Popayán, en la que se hace

⁷² "... a partir de la vigencia del Decreto Ley 1260 de 1970, el cual entró a regir en la fecha de su promulgación, esto es, el 5 de agosto de ese año, **el hecho o acto del cual se derive el parentesco o vínculo jurídico alegado**, circunscribe su prueba, únicamente, a la copia auténtica del folio de registro civil que corresponda, es decir, nacimiento, matrimonio o defunción, así como los demás actos que en cada uno de estos se inscriben...". Sentencia del 23 de mayo de 2015, Radicación número: 73001-23-31-000-2002-02110-01(31083).

⁷³ Folio 60 del cuaderno principal

⁷⁴ Folio 59 del cuaderno principal

referencia al fallecimiento del señor ENOS ÑAÑES CHILITO el día 17 de mayo de 2004, indicando como causa probable de muerte "natural", según certificado de defunción No. 1579174.

En consecuencia, conforme a los referidos documentos, se tendrá como un hecho cierto y demostrado el fallecimiento del señor ENOS ÑAÑES CHILITO, por lo que se entrará a analizar si -como lo considera la parte actora- el mismo se produjo por una falla en el servicio médico atribuible al ente demandado.

3.7.2. Sobre la responsabilidad de la entidad demandada

La parte actora considera que la responsabilidad del ente demandado resulta evidente ante la falta de una adecuada atención médica brindada al señor ENOS ÑAÑES CHILITO, que conllevó a que desarrollara un cuadro infeccioso durante su permanencia en el Hospital Universitario San José, el cual no presentaba al momento de su ingreso, para finalmente fallecer.

Al respecto debe observar la Sala, de entrada, que el análisis de la prueba obrante en el plenario no permite colegir que el ente demandado tenga responsabilidad alguna en el fallecimiento del señor ÑAÑES CHILITO, en tanto se evidencia que la atención médico hospitalaria a él prestada desde el mismo momento que ingresó al centro asistencial se dio en forma diligente y adecuada, conforme a la *lex artis*.

El estudio de la historia clínica da cuenta del grave estado de salud que presentaba al paciente al momento en que fue recibido en la unidad de urgencias del Hospital Universitario San José el día 7 de mayo de 2004, presentando un cuadro clínico de 5 días de evolución "*con poliuria y polidipsia marcadas con pérdida de la conciencia desde la noche anterior. No hay historia de procesos infecciosos a ningún nivel, tampoco episodios traumáticos ni ingestión de medicamentos*", registrándose que ingresa "*en malas condiciones generales, deshidratado en coma superficial, con respiración*

acidótica y signos vitales PA 108/75, FC 136/m FR 40/m afebril (...) Con diagnóstico de cetoacidosis diabética...”.

Para el 8 de mayo de 2004 se refiere paciente con “DBT mellitus descompensada (de novo) –con estado mixto (CAD+estado hiperosmolar)- IVU? (ilegible) insuficiencia renal aguda?- insuf respiratoria aguda tipo II regulares condiciones generales, taquicardico, (ilegible) febril(...) ORL: **abundante material purulento en faringe**, con escurrimiento posterior” ;

Dado el grave estado de salud que presentaba, fue trasladado el referido 8 de mayo, a las 15:00 horas, a la unidad de cuidados intensivos.

En las notas de evolución del 9 de mayo de 2004 se refiere la persistencia de fiebre, aunque sin foco establecido, la probabilidad de infección por hongos, refiriéndose los siguientes diagnósticos: “DM II descompensada- Estado hiperosmolar cetosico- Encefalopatía metabólica-(ilegible) e hiperosmolar- IRA tipo II-Insuficiencia renal aguda no (ilegible)”, al igual que se reportan como problemas fiebre de 39°, trombocitopenia y glucosa en aumento.

Las notas de evolución del 12 de mayo de 2004 dan cuenta de un paciente “ Diabético de (ilegible) febril sin foco, con leucopenia progresiva a expensas de linfocitos actualmente en 300 linfocitos indicando inmunodeficiencia celular + trombocitopenia, lo que apunta a enfermedad viril tipo echo-(ilegible) por la DM vs CMV por ser leucocitotrófico”; la evolución del 13 de mayo evidencia como uno de los problemas el derrame pleural derecho, sin evidencia de sangrado activo y se dispone “-(ilegible) -continuar manejo ATB x infiltrado dcho -Iniciar- secreciones purulentas y -no fiebre después de cambio ATB””, fecha en la que es llevado a cirugía por derrame pleural derecho GIII.

Nuevamente, el 17 de mayo de 2004 el paciente debió ser llevado a cirugía, practicándole una “toracotomía pl derecha, empiectomía-(ilegible) rectomía+toracostomías de dos tubos con el (ilegible)”; advirtiéndose a las 8:10 p.m. que se encuentra taquicárdico, no responde adecuadamente, se observa sudoroso, con cianosis en cara - cuello, súbitamente bradicardico, con sangrado por la herida quirúrgica, procediéndose a su reanimación, para finalmente fallecer a las 21:20 horas.

La epicrisis del servicio de UCI, reporta el ingreso del paciente el 8 de mayo de 2004 a las 17:00 horas y egreso el 17 de mayo de 2004 a las 21:20 horas. Como dato de ingreso se anota: "Motivo de consulta Paciente **ingresa desde el servicio de urgencias en coma y estado hiperosmolar mixto x DM II (ilegible), con deterioro del estado de consciencia y signos de dificultad respiratoria por lo cual lo internan.** Consultan además había desarrollado IRA no (ilegible)(...)E. Examen físico Esuporoso, febril, taquicárdico,(ilegible) (...)F. Diagnósticos(...)Confirmado DM II + estado hiperosmolar mixtoRelacionado Sd febril a estudio foco (ilegible) G. Conducta LEV, mantenimiento +corrección de la deshidratación y el déficit de agua e exp insulina (ilegible) en goteo, CEFEPIME+CLOTRIMAZOL tópico, febuconazol EV, oxacilina +ranitidinba (se logra compensar DM II Procedimiento quirúrgico realizado Toracostomía der.DATOS DE EVOLUCIÓN (ilegible) sd febril, luego derrame pleural TAC Tórax empiema derecho x lo cual se lleva a toracotomía: empiemectomia +pleurectomía+Toracostomía- en el (ilegible) inestabilidad hemodinámica (...) paro cardiorespiratorio que no responde a maniobras de reanimación y fallece"

El certificado de defunción No. A1579174 precisa como causa directa de la muerte "choque séptico" debido a "EMPIEMA DM II"

De otra parte, obran en el plenario el dictamen pericial rendido por el médico internista NELSON ADOLFO LOPEZ GARZON, quien es claro en establecer que las condiciones en que ingresó el paciente al centro hospitalario eran manifestaciones de diabetes mellitus "El coma hiperosmolar es una complicación metabólica aguda de la diabetes mellitus que a pesar del tratamiento agresivo en centros de alta tecnología en Estados Unidos alcanza una mortalidad del 15%, aumentada en pacientes de edad y con comorbilidades severas como en este paciente ... la infección pulmonar y falla multi-orgánica (respiratoria, renal aguda) que llevaron al fallecimiento del paciente."

Hace referencia a las complicaciones sufridas por el paciente - trombocitopenia, infiltración basal derecha, poliuria, polidipsia y deterioro del estado neurológico, insuficiencia respiratoria y falla renal aguda, empiema pleural tabicado-, derivadas de la diabetes mellitus y la

neumonía, precisa que el empiema pleura tabicado "es una complicación de la neumonía con derrame para-neumónico en el paciente diabético con mayor riesgo de infecciones en cualquier sitio del cuerpo. La valoración por nefrología del día 14 de mayo del 2004 diagnostica una insuficiencia renal aguda no oligúrica por la posible nefropatía de base (diabética), como otra complicación del paciente. El paciente empeora a pesar del uso de Antibióticos de amplio espectro como Cefepime". Siendo claro el perito en precisar que el desconocimiento de la enfermedad diabética, sin controles, ni manejo clínico, conducen a complicaciones agudas severas de la diabetes mellitus, con alto riesgo de morbi-mortalidad.

Finalmente, dice el médico perito que el fallecimiento del paciente se atribuye a "choque séptico con foco pulmonar en paciente diabético tipo 2 que ingresó al Hospital San José en coma diabético, con compromiso multiorgánico incluyendo falla renal aguda y falla respiratoria. La complicación de la infección con empiema pleural que requirió resección y la progresión de la infección llevaron al deterioro hemodinámico y al paro cardiorespiratorio del paciente", indicando que la atención brindada por el Hospital se ciñó a los protocolos médicos de acuerdo a la patología, sintomatología y complicaciones presentadas en la evolución del paciente.

En su aclaración al dictamen, explica que "además del compromiso de estado de conciencia del paciente" que otras causas pueden ocasionar la broncoaspiración en el paciente, se responde que se aspira material orofaríngeo y digestivo esófago- gástrico favorecido por el compromiso del estado de conciencia como el comatoso del paciente al ingreso al Hospital ocasionando neumonía bronco-aspirativa."

Por su parte, el médico especialista en cirugía general GUILLERMO JULIAN SARMIENTO RAMIREZ, quien intervino al paciente, refiere en su declaración que éste ingresó en estado de coma "casi muerto" al servicio de urgencias del Hospital San José, por una diabetes mellitus descompensada, indicando que "la diabetes es una enfermedad que ocurre por deficiencia de la hormona insulina secretada por el páncreas la cual se encarga de controlar adecuadamente el metabolismo de la glucosa, Principal nutriente del cual vivimos, **es extremadamente grave si no se detecta a tiempo y por lo tanto no se**

consulta para recibir un adecuado manejo, llevando las condiciones del paciente del que hablamos, que además tenía un daño del riñón ocasionado por la infección descrita y por la misma enfermedad". Declara que el paciente ingresó con una evolución de su estado de 5 días, siendo posteriormente trasladado a la unidad de cuidados intensivos, donde comprueban que presenta una infección pulmonar, la que una vez tratada empezó a mejorar, pero quedando como secuela líquido purulento dentro de la cavidad torácica -empiema pleural-, el cual debía ser retirado mediante la intervención quirúrgica, que se le practicó el 17 de mayo de 2004, extrayéndole líquido purulento y liberando el pulmón derecho comprometido por un proceso inflamatorio avanzado "empiemectomia, pleurectomia parietal por toracotomia derecha"; intervención que se realizó sin ninguna complicación, sin embargo, en el post operatorio se presentó choque séptico, para finalmente fallecer.

Sobre la diabetes mellitus II, refiere que "Se trata de una enfermedad por la cual la persona no puede asimilar metabólicamente la glucosa - azúcar nutriente principal de todos los seres humanos, esto hace que los niveles normales menores cien miligramos por decilitros se eleven a niveles tan altos como quinientos o más, como los que presentó el paciente a su ingreso- como consecuencia existe alteración de la función de los principales órganos vitales como el cerebro - produciendo coma como el presentado por el paciente, insuficiencia del riñón, también presentado y susceptibilidad mayor a las infecciones que también sufrió el enfermo". Sobre la INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA TIPO II-III contestó que "que es dificultad para oxigenar adecuadamente la sangre a través de los pulmones, tipo II quiere decir que el enfermo es incapaz de llenar de aire sus pulmones- por el estadio de coma que el paciente presentaba al ingreso del hospital- **y tipo III, por que los pulmones se encuentran colapsados - la pus que tenía en el espacio pleural y las membranas encontradas en la cirugía que atrapaban el pulmón**". En cuanto a la trombocitopenia y leucopenia refirió que "Consiste en una alteración para detener la posibilidad de una hemorragia desde cualquier vaso sanguíneo, como en el caso de I paciente que al parecer ocurrió por deficiencia en la función de sus plaquetas-uno de los componentes importantes de este mecanismo- si no se corrige puede llevar a una hemorragia incontrolada, resalto que durante todo el tiempo que permaneció en cuidado

intensivo fue corregido con transfusión permanente de plaquetas y según examen tomado cinco horas antes de la cirugía tenía un número de plaquetas normales glóbulos blancos normales - no existía leucopenia - y niveles de sangre normales - hemoglobina 12.1 normal de 12 a 16 fl 61 cuaderno de pruebas-. Estos problemas que presentó el paciente fueron producto de la insuficiencia de múltiples órganos en que llegó el paciente al servicio de urgencias al Hospital el día 7 de mayo". Preciso, además, que "a pesar del estado casi mortal en que llegó el paciente, ayudado por la tardanza por ser traído por su familia, se logra recuperar, después del trabajo en grupo de por lo menos veinte especialistas de la medicina del mejor hospital de la ciudad, y como consecuencia de toda su enfermedad sufre una recaída mortal, después de intentar erradicar el último foco infeccioso que no dejaba salir al paciente de su condición crítica que lo mantenía en la unidad de cuidados intensivos...".

Se puede concluir, entonces, que el señor ENOS ÑAÑES CHILITO falleció como consecuencia de las múltiples complicaciones producto de la diabetes mellitus II que padecía desde antes de su ingreso al centro hospitalario, siendo claro que la institución hospitalaria, desde el primer momento en que ingresó el paciente, colocó a su servicio todos los conocimientos y asistencia necesaria tendiente a recuperar el grave estado de salud que presentaba, lo que finalmente no fue posible.

De suerte que no es factible colegir -como se afirma en la demanda- que el fallecimiento del paciente tuvo su origen en una infección que adquirió en el centro asistencial, afirmación que se queda sin sustento probatorio.

El otro punto que se invoca como sustento de responsabilidad, se refiere a la falta de consentimiento informado de paciente y/o de sus familiares para llevar a cabo la cirugía. Se indica que el paciente permaneció consciente y en pleno goce de sus facultades mentales hasta antes de la cirugía, sin que se le hubiera informado del cuadro infeccioso que presentaba.

Al respecto se observa que si bien, como se desprende de la declaración rendida por el médico cirujano que intervino al paciente, al igual que del

contenido del oficio AIE 241/121 de 13 de junio de 2012 emanado del Hospital Universitario San José, no obra en la historia clínica el respectivo consentimiento dado por el paciente para llevar a cabo el acto quirúrgico, lo cierto es que, como quedó visto, el grave estado de salud que presentaba desde su mismo ingreso al centro hospitalario y que se prolongó durante el tiempo que permaneció en la U.C.I., no obstante la recuperación en su estado de consciencia, ameritaba necesariamente de la realización de la intervención quirúrgica -toracotomía derecha, más empiemectomía y pleurectomía parietal-, tendiente a controlar el foco infeccioso que ya traía producto de la enfermedad de base que presentaba -diabetes mellitus tipo II- y que le impedía respirar adecuadamente, como bien lo refirió el cirujano en su declaración, al explicar el procedimiento quirúrgico realizado⁷⁵. Acto quirúrgico que, además, conforme al contenido de la historia clínica no se evidencia que hubiera presentado algún tipo de complicación, como para colegir que el deceso del paciente se presentó por una mala praxis médica.

En este punto es de reiterar lo consignado en el dictamen pericial, cuando al hacer referencia a la atención médica brindada al paciente, en forma clara se indica que se ciñó *"a los protocolos médicos de acuerdo a la patología, sintomatología y complicaciones presentadas"*⁷⁶.

De suerte que la circunstancia de no obrar en la historia clínica el documento contentivo del consentimiento informado del paciente, en este caso en particular, no puede derivar en forma alguna en una falla en el servicio que dé lugar a encontrar responsable a la entidad demandada del fallecimiento del señor ENOS ÑAÑEZ CHILITO.

Conforme a lo anterior, la Sala procederá a confirmar la sentencia de

⁷⁵ "...en realidad fue, primero TORACOTOMIA DERECHA, se trata de una incisión quirúrgica que me permite llegar a la cavidad torácica y los órganos contenidos en ella, el otro procedimiento fue EMPIEMECTOMIA, que consiste en retirar el foco infeccioso remanente - es el empiema pleural, causante de las complicaciones finales del paciente - y la otra es PLEURECTOMIA PARIETAL, que es retirar las membranas fibrosas que atrapaban el pulmón y ocasionaban la insuficiencia respiratoria antes descrita"

⁷⁶ De igual forma, refiere el perito que su deceso se produjo por "choque séptico con foco pulmonar en paciente diabético tipo 2 que ingresó al Hospital San José en coma diabético, con compromiso multiorgánico incluyendo falla renal aguda y falla respiratoria"; precisando en la ampliación al dictamen que el paciente ingresó al hospital con infección pulmonar y falla multiorgánica.

instancia que negó las pretensiones de la demanda, pero por las precisas razones expuestas en la presente providencia.

IV. DECISIÓN

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

FALLA:

PRIMERO.- CONFIRMAR la Sentencia de 16 de diciembre de 2013 proferida por el Juzgado Séptimo Administrativo de Descongestión del Circuito de Popayán, pero por las razones expuestas en la parte motiva.

SEGUNDO.- REMITIR el expediente al juzgado Administrativo con competencia en el sistema escritural, que le correspondiere seguir conociendo del asunto, previas las anotaciones a que haya lugar.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Se hace constar que el proyecto de esta providencia fue considerado y aprobado por el Tribunal en sesión de la fecha.

Los Magistrados,

PEDRO JAVIER BOLAÑOS ANDRADE CARMEN AMPARO PONCE DELGADO

Expediente
Demandante
Demandado
Acción

19001 33 31 007 2007 00178 01
ROSALBINA HOYOS ARGOTE Y OTROS
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ
REPARACIÓN DIRECTA

DAVID FERNANDO RAMIREZ FAJARDO