



TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE ARAUCA
SALA DE DECISIÓN

Magistrado Ponente: LUIS NORBERTO CERMEÑO

Arauca, Arauca, doce (12) de junio de dos mil veinte (2020)

Proceso : 50 001 3331 002 2010 00179 01
Acción : Reparación directa
Demandante : Floro Leal Hernández y otros
Demandado : Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E.
Providencia : Sentencia de segunda instancia

Decide el Tribunal Administrativo de Arauca el recurso de apelación interpuesto por los demandantes contra la sentencia del 30 de enero de 2019 proferida por el Juzgado Noveno Administrativo de Villavicencio, mediante la cual se negaron las pretensiones de la demanda.

ANTECEDENTES

1. La demanda

Floro Leal Hernández y otras personas presentaron demanda (fl. 1-102) contra el Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E, en ejercicio de la acción de reparación directa.

Dentro de los **hechos** que invocan, señalan que Claudia Patricia Leal Leal acudió el 15 de enero de 2008 al Hospital Departamental de Villavicencio por cuadro clínico de cuatro días de evolución con dolor torácico, dificultad para respirar, fiebre y tos, fue diagnosticada con presuntivo de neumonía derecha, se ordenó dejarla en observación, iniciar antibiótico y valoración por medicina interna.

Expresan que al siguiente día fue valorada por el médico general y por el especialista en medicina interna quien registró que la paciente continuaba con taquicardia, neumonía adquirida en la comunidad basal derecha, sírs, síndrome anémico y síndrome metabólico, se solicitaron exámenes de laboratorio, se cambia antibiótico, y se ordena salida a Hospicasa, en donde es valorada el 17 de enero del mismo año por médico quien registra que presenta signos de dificultad respiratoria; ese mismo día, la paciente consulta nuevamente al servicio de urgencias del Hospital Departamental de Villavicencio por fiebre, vómito, dificultad para respirar, tos y dolor torácico; el médico describe a la paciente taquicárdica, polipneica e hipoxémica, con compromiso de los dos pulmones, neumonía adquirida en comunidad complicada, continuar manejo con antibiótico, administrar oxígeno y valoración por medicina interna; ingresó a observación, se adelantaron exámenes con registro adicional de derrame pleural derecho y se le ordenó terapia respiratoria.

Manifiestan que el 18 de enero de 2008 el médico internista ordenó hospitalizar, fue valorada diariamente, se le suministraron medicamentos, dentro de ellos se le ordenó administrar metoprolol y furosemida que estaban contraindicados; se le adelantaron procedimientos, se solicitó traslado a UCI, la cual no disponía de camas, y que por el deterioro y desaturación que presentó, se le realizó entubación oro traqueal y salió en ambulancia para la Clínica Meta.

Agregan que el 20 de enero del mismo año a las 22:59, la UCI de la Clínica Meta registró el ingreso de Claudia Patricia Leal Leal en pésimas condiciones *"pálida, fría, inestable hemodinamicamente, con soporte inotrópico, hipotensa, taquicárdica, pésima perfusión distal, compromiso ventilatorio bilateral, con drenes en ambos hemitorax. Establece diagnóstico: shock séptico, neumonía multilobar, derrame para neumónico bilateral, pop drenes torácicos bilateral"*, y al siguiente día, a las 4:13 falleció.

Como **pretensiones**, solicitan declarar responsable al Hospital Departamental de Villavicencio por la muerte el 21 de enero de 2008 de Claudia Patricia Leal Leal, y condenarlo a pagarles los perjuicios morales, entre otras.

2. La contestación de la demanda

2.1. El Hospital Departamental de Villavicencio contestó la demanda (fl. 117-151); se opone a las pretensiones por carecer de fundamento de hecho y de derecho, y frente a los hechos manifiesta que unos son ciertos, otros no le constan y los demás se atiende a lo probado en el proceso. Se pronuncia sobre la inexistencia de relación de causalidad entre el presunto perjuicio sufrido y la prestación del servicio médico, para afirmar que durante la atención de Claudia Patricia Leal Leal recibió distintos medicamentos los cuales deben ser evaluados en el contexto de la atención de la paciente y la circunstancia particular del momento de aplicación, que el esquema antibiótico fue ajustado a los parámetros médicos ampliamente reconocidos, que se le proporcionó una atención continua y necesaria la que fue racional y basada en los términos establecidos, ofreciendo en todo momento las capacidades locativas y científicas de las cuales dispone, que contó con un equipo interdisciplinario, y que a pesar de los tratamientos adecuados y dispensados, la paciente presentó evolución no satisfactoria.

Expresa que en cuanto a los medicamentos furosemida y metoprolol, calificados erróneamente por la parte demandante como contraindicados, fueron aplicados en el contexto de una paciente con taquicardia marcada y signos de sobre carga, lo cual sí es una indicación para su uso.

Solicitó llamar en garantía a la Previsora S.A, lo cual se admitió (fl. 1-9, 11-12, c. Ll.Gtía).

2.2. La Previsora S.A. Compañía de Seguros contestó el llamamiento en garantía y la demanda (fl. 17-31, c. Ll.Gtía); se pronuncia frente a los

hechos para manifestar que unos no le constan, y otro es cierto; señala que no es cierto que sea necesaria la vinculación de esta entidad, por cuanto en la contestación de la demanda del Hospital se advierte que no existe actuación u omisión que le haga imputable la responsabilidad, por que existió la intervención de un tercero cual fuera la institución que atendió hasta su fallecimiento a Claudia Patricia Leal Leal, y porque únicamente hasta el 17 de agosto de 2011 se le notificó sobre la ocurrencia de los hechos de enero de 2008, lo que transgredió el término máximo para efectuar el llamado en garantía o adelantar la reclamación respectiva.

Se opone a las pretensiones de la demanda por cuanto no se encuentran acreditados determinados hechos y circunstancias constitutivas de falla del servicio, y propone las excepciones de *"Ausencia de falla del servicio e inexistencia de responsabilidad de la entidad demandada Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E."*, *"Hecho exclusivo y determinante de un tercero"*, *"Limitación de la responsabilidad"*, *"Riesgos no asumidos"*, *"Prescripción de la acción derivada del contrato de seguros"*, *"Improcedencia del llamamiento en garantía por expiración del término"*, *"Improcedibilidad de llamamiento en garantía por ausencia de aviso de siniestro"* y *"Falta de legitimación en la causa por activa"*.

3. La sentencia apelada

El Juzgado Noveno Administrativo de Villavicencio, en providencia del 30 de enero de 2019 (Año cierto, y no el que anotó, 2018), declaró no probada la excepción de falta de legitimación en la causa por activa propuesta por La Previsora y negó las pretensiones (fl. 425-435); consideró¹:

"En primer lugar, que si bien la señora CLAUDIA PATRICIA fue remitida en una primera oportunidad al programa de Hospicasa, ello ocurrió después de haber estado un día en observación, con suministro de tratamiento antibiótico, haber sido examinada por médico general, medicina interna, médico cirujano, habérsele practicado rayos x de tórax, exámenes paraclínicos, examen gases arteriales, hemocultivo y que con anterioridad a su egreso del Hospital, conforme se observa en la historia clínica la paciente refirió sentirse bien y sin presentar dificultad respiratoria, por lo que se le dio salida con recomendaciones.

En segundo lugar, que la señora en mención fue atendida durante su estancia en el Hospital Departamental de Villavicencio, por médico general, médico internista y médico cirujano, quedando sin vocación de prosperidad el argumento de la parte actora, consistente en la falta de valoración de la difunta CLAUDIA PATRICA por especialistas de medicina interna.

En tercer lugar, en cuanto al traslado tardío de la señora LEAL a la Unidad de Cuidados Intensivos, observa esta operadora judicial que si bien la paciente permaneció cuatro días en el área de hospitalización, ello obedeció a que en el entretanto se le realizó el tratamiento de antibiótico ordenado y el drenaje requerido,

¹ Las transcripciones que se incluyen en esta sentencia, así están escritas en el texto del que se tomaron; por lo tanto, los errores, imprecisiones y resaltados son del original, y con este aviso general, no se hará la advertencia específica cada vez que se amerite un (sic), para evitar su inútil y prolífica repetición; no obstante, se advierte que de algunas citas se suprimen notas de pie de página, por lo cual o no aparecen todas las del texto o las que aparecen no siempre tienen el mismo número que registra la sentencia o el documento original que se transcribe.

esperando la mejoría de la misma; así mismo, se advierte que la orden de traslado a dicha unidad, fue dada únicamente hasta el día 20 de enero de 2008, a las 5:00 p.m., momento en el que la salud de la paciente comenzó a complicarse, logrando la remisión a la UCI de la Clínica Meta, el mismo día a las 7:00 p.m; motivo por el cual considera el Despacho que lo argumentado por la parte actora en este punto tampoco tiene vocación de prosperidad.

En cuarto lugar, en lo atinente al suministro del medicamento denominado Metoprolol, el cual informaron los demandantes, era contraindicado para la paciente, observa el Despacho de la historia clínica, que el mismo no fue efectivamente aplicado a la señora LEAL LEAL, pues si bien el día 20 de enero de 2018, el médico tratante ordenó su suministro en caso de disminución de la tensión arterial de la paciente, dicho evento no se concretó, tal como se indicó igualmente en el dictamen pericial rendido por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

En quinto lugar, afirman los accionantes que el día previo a la muerte de la señora CLAUDIA PATRICIA, la misma no fue valorada por el médico internista, afirmación que si bien es cierta, pues la paciente fue valorada en cuatro oportunidades por médico cirujano pero en ninguna de ellas por médico internista, no logra por sí sola constituirse causa eficiente de la muerte de la misma, pues los médicos tratantes mantuvieron el esquema antibiótico ordenado desde su ingreso y se limitaron a verificar la evolución de la paciente, advirtiendo que una vez comenzó a empeorar fue ordenada su inmediata remisión a la UCI; así mismo, tampoco es viable aceptar el argumento de la parte actora, conforme al cual se señaló que los médicos internistas no estuvieron cuando los necesitó la paciente, pues si bien no se observa le hubieren atendido el día anterior de su muerte, durante toda su estancia le examinaron y establecieron el plan médico y el manejo a seguir, motivo por el cual este último argumento tampoco tiene vocación de prosperidad.

Así las cosas, considera ésta operadora jurídica que la parte actora no logró acreditar que el deceso de la señora CLAUDIA PATRICIA LEAL LEAL fuera producto de la falla en la prestación del servicio médico asistencial por parte del Hospital Departamental de Villavicencio, siendo imposible por tanto atribuirle responsabilidad a la demandada, por lo que en consecuencia se negaran las pretensiones de la demanda”.

4. El recurso de apelación

La parte demandante expresa (fl. 437-445) que la primera instancia desconoce que de las notas de la historia clínica se tiene que a pesar del delicado cuadro clínico de Claudia Patricia Leal Leal, se le dio de alta el 16 de enero de 2008, cuando por los síntomas que presentaba debía permanecer hospitalizada y no en observación en urgencias, como lo estuvo por dos días; que fue dada de alta para ser atendida por médico general en su casa, en el programa hospicasa, sin existir aceptación por el médico de ese programa, quien el 17 de enero del mismo año al atender a la paciente en su domicilio y a pesar de su empeoramiento, no ordenó remitirla al Hospital, lo que ella requería, tanto que esa noche tuvo que desplazarse por su propia decisión a urgencias y se le hospitalizó solo el 18 de enero a las 4:30 de la mañana.

Agrega que la paciente fue atendida todo el tiempo por médicos generales, que no hay notas de valoración por especialistas en medicina interna, de los que solo la valoran el 18 de enero y ordenan hospitalizar, es decir, siete horas y media después de la solicitud del médico general; que la paciente

presentaba desde el ingreso indicación de manejo por la Unidad de Cuidados Intensivos por sepsis de origen pulmonar, sin embargo permaneció cuatro días en manejo por médico general en sala de hospitalización y que solo hasta el 20 de enero a las 17:30 se solicitó su traslado a la UCI, donde en ese momento no contaba con camas disponibles, por lo que solo ingresó hasta las 22:59, es decir, tres horas y media después, y que por el deterioro que presentó se remitió en ambulancia medicalizada para la Clínica Meta, con lo que se puede concluir que esta omisión en la remisión a la UCI configura una grave falla en el servicio médico asistencial.

Manifiesta que la historia clínica de Claudia Patricia Leal Leal da cuenta que se le ordenó el medicamento metoprolol, el cual estaba contraindicado para ella porque empeora la hipotensión, que si bien no hay una nota de enfermería que indique que efectivamente se le aplicó, tampoco hay una nota que manifieste lo contrario, ni mucho menos las razones para no aplicárselo a pesar de haber sido ordenado por el médico, lo que pudo ayudar a deteriorar su salud y genera incertidumbre en el tratamiento dado a la paciente, de lo que además se deriva la inobservancia de las normas de obligatorio cumplimiento en el diligenciamiento de la historia clínica y que constituye una mala práctica médica y falta de garantías en la atención segura de la paciente.

Agrega que el dictamen pericial rendido por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, no desvirtuó las fallas del servicio médico que recibió Claudia Patricia Leal Leal, pues el perito afirmó no tener idoneidad para resolver el cuestionario propuesto, y considera que hay un nexo de causalidad entre la falla del servicio y la muerte de la paciente.

5. Trámite en la segunda instancia

Se admitió recurso de apelación (fl. 5. c.TAM) y se corrió traslado para alegatos de conclusión y concepto (fl. 6, c.TAM).

6. Los alegatos de conclusión

6.1. La Previsora S.A Compañía de Seguros –llamada en garantía (fl. 7-15, c.TAM), se ratifica en los argumentos expuestos en la contestación de la demanda; considera que todas las excepciones se encuentran debidamente acreditadas con las pruebas allegadas al proceso, y que se puede concluir que la entidad pública demandada agotó todos los procedimientos y mecanismos pertinentes para propender por la salud de Claudia Patricia Leal Leal; por lo tanto, se debe confirmar la sentencia de primera instancia.

6.2. Los demandantes y la parte demandada no presentaron alegatos.

7. El concepto del Ministerio Público

El Ministerio Público no se pronunció en esta instancia.

CONSIDERACIONES

Cumplidos los trámites propios de la segunda instancia, procede la Sala a decidir de fondo el presente proceso judicial.

1. El problema jurídico

Consiste en: ¿Procede revocar la sentencia impugnada, conforme con los planteamientos del recurso de apelación que radicaron los demandantes?

2. Análisis de aspectos procedimentales

2.1. Sentencia de fondo. El proceso cumple con el cometido encargado a la Administración de Justicia de dirimir la disputa puesta a su consideración².

2.2. Sobre las excepciones. Las propuestas. En el recurso de apelación no se planteó discusión sobre el tema, por lo cual no amerita pronunciamiento en esta instancia. Y sobre **excepciones de oficio**, no se encuentra probada alguna para declarar (Artículo 164, C.C.A)³.

2.3. Este proceso se recibió del Tribunal Administrativo de Meta para ser tramitado únicamente en cuanto a proferir la sentencia de segunda instancia; todos los demás trámites, incluido el de notificación, se harán en esa Corporación Judicial remitente.

3. Principales pruebas

Del acervo probatorio allegado y valorado, se destacan las siguientes:

a. Historia Clínica de Claudia Patricia Leal Leal en Inversiones Clínica Meta S.A. (fl. 19-27, 166-189, 261-299).

² Significa que se controló en forma exitosa la legalidad procesal en todos sus aspectos, como jurisdicción, competencia, otros presupuestos exigidos, y sin nulidades u otros trámites por decidir.

³ C.C.A corresponde al Código Contencioso Administrativo, vigente hasta el 2 de julio de 2012 pero que se aplica en los procesos iniciados antes de esa fecha, como el presente; CPACA hace referencia al Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, normativa que reemplazó al C.C.A. Cuando se escriba C. Po, se hace alusión a la Constitución Política de Colombia; C.P.C es Código de Procedimiento Civil; CGP es Código General del Proceso; al mencionar C.C, es Código Civil, CST es Código Sustantivo del Trabajo, C. Co. es Código de Comercio y E. T. Estatuto Tributario. C. P. es Código Penal y CPP se refiere al Código de Procedimiento Penal. M. P. es el Magistrado Ponente en sentencias que se citan; de otra parte, "fl" indica el número de folio o página en donde se encuentra la prueba invocada, "c" se refiere a la carpeta o cuaderno que la contiene, "a" es Anexo, "c.pr" es cuaderno de pruebas y "c.TAM" es el cuaderno del Tribunal Administrativo del Meta. Si no se cita c., se hace referencia al principal.

- b. Historia Clínica de Claudia Patricia Leal Leal en el Hospital Departamental de Villavicencio (fl. 28-94, 117-151, 197-260).
- c. Registro civil de defunción de Claudia Patricia Leal Leal (fl. 95, 164-165).
- d. Registros civiles de nacimiento de Claudia Patricia leal Leal, Floro Leal Hernández, María Nelly Leal Oliveros, Lina María Leal Leal, Rolando Leal Leal y Andrea Leal Leal (fl. 96-101).
- e. Documentos de la póliza de seguros de responsabilidad civil de la Previsora S.A Compañía de Seguros (fl. 300-322; 4-9, c.LI.Gtía).
- f. Dictamen pericial No. 055859 del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (fl. 336-340).

4. Caso concreto

Mediante la acción de reparación directa, la parte demandante considera que el Hospital Departamental de Villavicencio es patrimonialmente responsable por los perjuicios que reclaman, pues en su criterio existió falla médica en el tratamiento dado a Claudia Patricia Leal Leal.

El Juzgado de primera instancia negó las pretensiones de la demanda, decisión impugnada con el recurso de apelación que aquí se resuelve.

4.1. Del Régimen de responsabilidad

4.1.1. La Constitución Política de Colombia (C. Po) establece el centro general de imputación de responsabilidad patrimonial del Estado, en el artículo 90, que consagra: *"El Estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas. En el evento de ser condenado el Estado a la reparación patrimonial de uno de tales daños, que haya sido consecuencia de la conducta dolosa o gravemente culposa de un agente suyo, aquél deberá repetir contra éste"*.

Así culminó por ahora, luego de un largo proceso de discusión en donde estaban involucrados los más profundos temas de la sociedad, el reconocimiento expreso y normativo de la responsabilidad patrimonial que debía asumir el Estado, cuando por algunas circunstancias, se causaran daños antijurídicos a sus asociados. De manera que luego de una inicial etapa en donde no era pensable endilgar responsabilidad al Estado, el tema se fue aceptando hasta llegar, en nuestro caso, a la consagración constitucional de 1991 que se ha transcrito. Sin duda alguna, fueron valientes Jueces de todos los niveles los que han estructurado el estado actual del asunto, por cuanto de manera especial, ha sido de plena construcción jurisprudencial el avance logrado.

La responsabilidad patrimonial del Estado puede derivarse de múltiples causas, por lo que debe indagarse cuál produce el daño específico que se demanda, pues de ello depende el instrumento judicial de reclamo (Nulidad, nulidad y restablecimiento del derecho, contractual, grupo, reparación directa, popular, entre otros); para cuando se aduce causa extracontractual, se han estructurado varios regímenes o títulos de imputación que las agrupan teniendo en cuenta el tipo de acción u omisión, la naturaleza del hecho, u otras circunstancias especiales de que se trate en cada caso concreto⁴.

4.1.2. No está planteada discusión alguna en esta instancia sobre el régimen de responsabilidad que aplicó el *a quo*, el de falla del servicio⁵.

Pero es necesario precisar que en casos médicos, si bien en principio la carga de la prueba le corresponde al demandante pues tiene la obligación de concretar y demostrar –al menos con indicios⁶– lo que endilga, lo cual no puede fundarse en vaguedades y generalidades para que con ese solo hecho se le traslade a su contraparte, se le exige a la demandada que cuenta con los elementos técnicos y científicos apropiados, demostrar lo que efectivamente ocurrió en el hecho discutido, exponer las causas y examinar las consecuencias de las intervenciones que realizó, según las particularidades de cada caso. Así, las dos tienen la responsabilidad probatoria para que el sentenciador adquiera la mayor certeza a la hora de decidir, y además tienen el deber de lealtad y buena fe procesal, el de colaboración con la administración de Justicia, y el de solidaridad social.

No obstante, se advierte que en forma excepcional, algunos casos médico-sanitarios se pueden decidir por responsabilidad objetiva, *“dada la peligrosidad que revisten ciertos procedimientos médico quirúrgicos, sin que con ello se hubiere pretendido desconocer que la responsabilidad médico-hospitalaria se encuentra asentada sobre la base de un criterio culpabilista, por lo que mal haría la jurisprudencia contencioso administrativa en tildar a la medicina como una actividad riesgosa”* (M. P. Hernán Andrade Rincón, 25 de enero de 2017, rad. 2500023260002003 02133 01, 36.816)⁷.

⁴ Dentro de los varios regímenes existe el de riesgo excepcional, el de daño especial y el de falla del servicio, y para otro tipo de casos, el enriquecimiento sin causa, y la importancia de su adecuada selección radica en las consecuencias y obligaciones probatorias que genera cada uno para las partes. Su aplicación en cada proceso es de naturaleza compleja, pues puede darse que un mismo suceso exija que se analicen varios de los regímenes existentes, por lo que *eo iuris* (de derecho) no puede considerarse de antemano que algún tipo de hecho u omisión o actividad se enmarca *per se* (de por sí) dentro de un determinado y exclusivo régimen, como también lo precisa el Consejo de Estado, entre otras, en sentencias de M.P. Danilo Rojas Betancourth, 30 de enero de 2013, rad. 050012331-000-1997-0017601, 26201, 27 de septiembre de 2013, M.P. Ramiro Pazos Guerrero, exp. 20011345, 28711 y M.P. Jaime Orlando Santofimio Gamboa, 12 de febrero de 2014, rad. 66001233100020060067201, 40.802.

⁵ Sobre este régimen se ha pronunciado el Consejo de Estado, entre otras sentencias, M.P. Guillermo Sánchez Luque, 26 de noviembre de 2015, rad. 2000123-31-000-2003-00716-01, 34954.

⁶ Estos criterios han sido reiterados, entre otras, en las sentencias de abril 5 de 2013, exp. 2001 01537, 25.887, M. P. Danilo Rojas Betancourth y del 13 de noviembre de 2014, M.P. Ramiro Pazos Guerrero, exp. 31182, rad. 050012331000199903218-01.

⁷ La sentencia relaciona los siguientes: i) Manipulación de cosas peligrosas, o que el procedimiento o el tratamiento empleado entrañe peligro, pero siempre y cuando la herramienta riesgosa cause el daño de manera directa o por ella misma, pues si la lesión es producto de una ejecución irregular del acto médico, aunque medie un instrumento que represente peligro o riesgo, el caso específico estará regido por la responsabilidad subjetiva o culposa; ii) Cuando un medicamento, tratamiento o procedimiento que implique o conlleve un progreso en la ciencia y, por lo tanto, se considere novedoso, se desconozcan las consecuencias o secuelas del mismo a largo plazo; iii) Cuando en el acto

Y cuando la cuestión en debate involucra la figura jurídica de la pérdida de oportunidad, se estructuran reglas propias aplicables a su caso⁸.

4.2. Los cuestionamientos a la providencia de primera instancia⁹.

Se revisa el texto del recurso de apelación para establecer los motivos de inconformidad y se extrae como conclusión, que cuestiona lo siguiente:

1. El fallador de primera instancia desconoce que de las notas de la historia clínica se evidencia que a pesar del delicado cuadro clínico de Claudia Patricia Leal Leal, se le dio de alta el 16 de enero de 2008, cuando por los síntomas que presentaba debió permanecer hospitalizada y no en observación en urgencias, como lo estuvo por dos días; que fue dada de alta para ser atendida por médico general en su casa, en el programa hospicasa, sin existir aceptación por el médico de ese programa, y que este médico el 17 de enero del mismo año al atender a la paciente en su domicilio y a pesar de su empeoramiento, no ordenó remitirla al Hospital.

2. Claudia Patricia Leal Leal cuando reingresa al Hospital el 17 de enero, fue atendida todo el tiempo por médicos generales, que no hay notas de valoración por especialista en medicina interna lo que consideran una falla del servicio, quien solo la vio el 18 de enero a las 4:30 a.m. a pesar que el médico general lo pide el 17 de enero a las 9:30 de la noche cuando ordenó hospitalizar, es decir, siete horas y media después de la solicitud del médico general.

3. La paciente presentaba desde el ingreso indicación de manejo en UCI por sepsis de origen pulmonar, sin embargo permaneció cuatro días en manejo por médico general en sala de hospitalización sin que ninguno solicitara traslado a UCI ni siquiera ante los signos de shock, deterioro del cuadro respiratorio y shock séptico, y solo hasta el 20 de enero a las 17:30 el médico general después de hablar telefónicamente con el de medicina interna solicitó su traslado a la UCI, donde en ese momento no contaba con camas disponibles, por lo que solo ingresó a las 22:59, es decir, tres horas y media después; que el internista no la valora porque no estaba en el hospital a pesar del estado crítico –Lo que reitera en el numeral 5, fl. 440-443; y que esperando el traslado a la UCI que demoró tres horas y media, presentó deterioro por lo que se le realiza intubación oro traqueal y

médico se empleen químicos o sustancias peligrosas; iii) En supuestos de vacunas; v) Cuando el daño sea producto de una infección nosocomial o intrahospitalaria.

⁸ Sentencias del 5 de abril de 2017, M. P. Ramiro Pazos Guerrero, rad. 17001233100020000064501, 25706 y la del 1 de agosto de 2016, M. P. Carlos Alberto Zambrano Barrera, rad. 19001233100020010142901, 35116, entre otras.

⁹ Cuando se trata de resolver un recurso de apelación, y teniendo en cuenta que el principio *tantum devolutum quantum appellatum* (cuanto apela, tanto se decide) descansa sobre dos pilares: la congruencia y la facultad de disposición, significa que la segunda instancia *-ad quem-* deberá pronunciarse solo sobre aquellos cargos expresamente invocados contra la decisión del *a quo* (la primera instancia), pues frente a lo que no se cuestiona en la apelación, se tiene por aceptado y consentido; vale decir, que sólo es dable decidir y conocer aquellas circunstancias a las que ha limitado en forma concreta y expresa la apelación del recurrente, excepto cuando se trata de nulidades (art. 145, C.P.C; 137 del CGP), excepciones de oficio (art. 164, CCA; 180.6, 187 inc.2, CPACA), y sentencias inhibitorias o ilegales que se revocan y pueden ser desfavorables al apelante único, pues son temas que deben abordarse así no se planteen en el recurso de apelación; hay otras excepciones a la regla general (M. P. Danilo Rojas Betancourth, 17 de noviembre de 2016, exp. 1999-0200801) derivadas (i) de la facultad del *ad quem* para manifestarse sobre aspectos implícitos de los argumentos de la apelación y, (ii) de los cuerpos normativos que le imponen el deber de pronunciarse de oficio sobre un asunto en específico; también deben observarse principios de convencionalidad sobre el tema.

finalmente la paciente sale en ambulancia medicalizada para la Clínica Meta; entonces, la orden de ingreso a UCI fue tardía, y luego tuvo que esperar tres horas y media para que la ingresaran porque no contaba con camas, con lo que concluye que esta omisión configura una grave falla en el servicio médico asistencial, que se vuelve a mencionar en el numeral 5, fl. 443-444.

4. La historia clínica de Claudia Patricia Leal Leal da cuenta que se le ordenó el medicamento metoprolol, el cual estaba contraindicado para ella por que empeora la hipotensión, que si bien no hay una nota de enfermería que indique que efectivamente se le aplicó, tampoco hay una nota que manifieste lo contrario, ni mucho menos las razones para no aplicárselo a pesar de haber sido ordenado por el médico, lo que pudo ayudar a deteriorar su salud y dicha omisión de no registrarlo además de ser falla del servicio, genera incertidumbre en el tratamiento dado a la paciente, de lo que además se deriva la inobservancia de las normas (Resolución 1995 de 1999) de obligatorio cumplimiento en el diligenciamiento de la historia clínica que constituye una mala práctica médica y la falta de garantías en la atención segura de la paciente.

5. El dictamen pericial rendido por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, no desvirtuó las fallas del servicio médico que recibió Claudia Patricia Leal Leal, pues el perito afirmó no tener idoneidad para resolver el cuestionario propuesto. Hay un nexo de causalidad entre la falla del servicio y la muerte de la paciente.

4.3. Para decidir si se declara la responsabilidad patrimonial de la entidad estatal, procede analizar si se demostraron en el expediente los dos elementos necesarios para la estructuración de la falla del servicio, la existencia de un (i) daño, que debe tener la connotación de antijurídico, y la (ii) imputación –Fáctica y jurídica- del mismo a la Administración.

4.4. El daño. Los demandantes deben probar en el proceso la ocurrencia del daño, y que este sea antijurídico, toda vez que si no se acredita, no es dable continuar con el análisis del caso¹⁰.

Para la segunda instancia en cuanto a la ocurrencia del daño y su connotación de antijurídico que declaró el *a quo*, no se planteó controversia, lo que se confirma aquí, pues se demostró la muerte de Claudia Patricia Leal Leal con el registro civil de defunción (fl. 95).

Y la vida de un ser humano está tutelada, es decir, protegida, así como también los derechos a la dignidad humana, a la igualdad, al libre desarrollo de la personalidad y a la garantía integral del patrimonio de las personas que se vulneran con el hecho de la muerte, por el ordenamiento jurídico colombiano (Preámbulo, arts. 1, 2, 11, 13, 16, 58, C. Po; art. 103, Código

¹⁰ Ello por cuanto como lo considera el Consejo de Estado, es inoficioso e inocuo hacer otros análisis ante la ausencia del daño (M.P. Ramiro Pazos Guerrero, exp. 2007-00019, 37843, 29 de mayo de 2014 y M.P. Carlos Alberto Zambrano Barrera, exp. 1998-01789, 31331, 28 de agosto de 2014, entre otras).

Penal) e internacional (Declaración Universal de Derechos Humanos –art. 3-, Convención Americana sobre Derechos Humanos –art. 2, 4, 11; Ley 16/72-, entre otros), razón por la cual cuando a una persona se le priva de la misma, se está en presencia de este tipo de daño, como es el caso referido a la finada por la que se reclama.

Lo cual constituye el primer elemento de la falla del servicio que se le endilga a la entidad demandada; pero el que por sí solo, no tiene la virtud de hacerla responsable, aún.

4.5. La imputación. Se procede a establecer si el daño antijurídico que se demostró, es imputable y asignable en los aspectos fácticos y jurídicos a la entidad estatal.

4.5.1. En cuanto a la imputación fáctica, se le endilga a la demandada haber propiciado la muerte de la paciente tanto por acciones como por omisiones en la prestación del servicio de salud. Dentro de las que se aducen, se tienen las que integran los diferentes cargos del recurso de apelación que radicaron los demandantes.

4.5.1.1. Consideran los apelantes en el primer cargo del recurso, que de las notas de la historia clínica se evidencia que a pesar del delicado cuadro clínico de Claudia Patricia Leal Leal, se le dio de alta el 16 de enero de 2008, cuando por los síntomas que presentaba debió permanecer hospitalizada y no en observación en urgencias, como lo estuvo por dos días; que fue dada de alta para ser atendida en su casa, en el programa Hospicasa, sin existir aceptación por el médico de ese programa, y que el 17 de enero del mismo año al atender a la paciente en su domicilio y a pesar de su empeoramiento, no ordenó remitirla al Hospital.

Sobre el particular, la historia clínica de Claudia Patricia Leal Leal en el Hospital Departamental de Villavicencio registró su ingreso por el servicio de urgencias a las 19:25 del 15 de enero de 2008 (fl. 201), con "Dolor torácico" y cuadro clínico de cuatro días de dolor en región dorsal derecha, asociado a fiebre no cuantificada, disnea, tos húmeda, expectoración amarillenta, sin otra sintomatología, con antecedentes de amigdalectomía y cesárea de hace un mes y medio, se considera el diagnóstico de neumonía basal, derecha, se pide valoración por medicina interna (fl. 199) y se ordena radiografía de tórax y hemograma (fl. 201-envés).

Claudia Patricia Leal Leal es valorada médicamente de nuevo a las 20:00 (fl. 201-envés), 21:20 y 22:40 del mismo 15 de enero de 2008; con base en los resultados de los exámenes que se ordenaron, en este último momento (22:40) se reitera el diagnóstico de neumonía basal derecha y se pide valoración por medicina interna (fl. 202, 203). Y a la 1:00 de la madrugada del 16 de enero de 2008 (fl. 202-envés).

El 16 de enero de 2008, la paciente es valorada por medicina interna a las 2:30 de la mañana (fl. 204, 203, 199-envés, 200-envés, 337); revisa la

historia clínica, los antecedentes, efectúa examen físico, establece que está sin fiebre, en buen estado general, sin signos de dificultad respiratoria ni de falla cardíaca, *Rs Cs Rs* (Ruidos cardíacos rítmicos), sin soplos en el abdomen, analiza los exámenes practicados, y diagnostica SIRS (Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica), neumonía adquirida en la comunidad, síndrome metabólico, síndrome anémico ferropénico para estudio, ordena continuar con antibióticos pero dentro de estos cambia por ser más compatible al caso, la ampicilina por la cefalosporina, ordena que siga el manejo por Hospicasa y le pide conseguir un mamador (Extractor de leche, ya que la paciente era lactante, pues hacía mes y medio ella había dado a luz, fl. 199, 200).

Luego de la visita y revisión del especialista en medicina interna, la paciente fue valorada por médicos de nuevo el 16 de enero de 2008 a las 7:45 y 9:00 de la mañana y después de las 3:15 p. m, y la atendieron enfermeras ese mismo día a las 3:00, 4:00, 6:00. 7:00, 7:30, 9:30, 11:20, 13:00, 15:00, 15:15, 16:00, (fl. 204, 205, 215, 216).

Después de las 3:15 p. m. del mismo 16 de enero de 2008, medicina interna de nuevo valora a la paciente, y al encontrar que esta se siente bien, no tiene dificultad respiratoria, está alerta, consciente y sin fiebre, entre otros aspectos que considera favorables, le receta remedios y tratamiento y reitera la orden de salida a Hospicasa con recomendaciones (fl. 205-envés, 337).

Entre las 4:22:53 (fl. 213) y las 5:00 (fl. 216-envés) de la tarde del 16 de enero de 2008, ingresó la paciente a su casa, dentro del servicio Hospicasa.

El 17 de enero de 2008, recibió en Hospicasa la siguiente atención: De médicos, a las 10:00 (fl. 216-envés); y de enfermería, a las 10:00 (fl. 216-envés). Se le realiza terapia respiratoria por una fisioterapeuta (fl. 217) y el médico general y cirujano que la valoró registró que mejora, "*se dan recomendaciones posturales y de cuidado (...) advertencia y manejo de vía respiratoria*" y que "*continúa igual esquema antibiótico*" (fl. 216-envés).

La Paciente sale de su casa a las 7:30 de la noche por su propia decisión, y se dirige a urgencias del Hospital (fl. 217).

Confrontado el anterior cronograma de atención médica con las diferentes circunstancias que plantea el primer cargo del recurso de apelación, se establece que precisamente por el cuadro clínico que presentaba Claudia Patricia Leal Leal, el médico internista luego de dos valoraciones que le practicó a las 2:30 de la mañana (fl. 204, 203, 199-envés, 200-envés, 337) y después de las 3:15 de la tarde del mismo 16 de enero de 2008, al encontrarla en condiciones que considera favorables, reitera la orden de pasar al programa Hospicasa con recomendaciones y le receta remedios, y tratamiento antibiótico (fl. 205-envés, 337).

Luego la apreciación de los apelantes en cuanto a que no se le debió dar de alta ese día, pues consideran que por sus síntomas de *"compromiso del estado general, dificultad respiratoria y taquicardia, debía permanecer hospitalizada"* (fl. 437), no se acoge, pues además de no estar respaldada en algún concepto médico o técnico, es desvirtuada por las pruebas del expediente, toda vez que el médico internista encontró, contrario a la afirmación de los apelantes, que *"no tiene dificultad respiratoria"*, ella refiere sentirse bien, está alerta, consciente y sin fiebre, y si bien le detectó taquicardia, consideró que la atención de su salud podía continuarse a través del programa Hospicasa (fl. 205-envés), y en este servicio significa que continuaba hospitalizada, por lo tanto no se le dio de alta, como se precisa y detalla más adelante.

De igual forma, se observa que Claudia Patricia Leal Leal en el primer periodo de atención de su salud en el Hospital Departamental de Villavicencio, entre las 7:25 de la noche del 15 de enero de 2008 y las 5:00 de la tarde del día siguiente (fl. 201, 213, 216-envés) –Menos de 22 horas, y no dos días como manifiestan los apelantes en su recurso (fl. 437)-, siempre estuvo en continua observación y se le brindaron permanentes valoraciones por médicos generales y especialistas, enfermería, trabajo social y múltiples exámenes de laboratorio y toma de signos vitales, y fue cuidadoso el servicio que incluso hizo repetir una radiografía de tórax (fl. 72, 79, 81, 198-216). De manera que en dicho lapso dentro del Hospital Departamental de Villavicencio, estuvo en su respectiva cama en el área de observación por expresa decisión de los varios médicos tratantes que se ocuparon de su salud (fl. 202, 203, 204, 205); de ahí que el sitio en el que estuvo atendida la paciente no significó deficiencia en la prestación del servicio hospitalario, ni contribuyó en algo a perjudicar su estado de salud. O por lo menos, no lo probaron los demandantes. Por el contrario, por la mejoría que obtuvo allí y su estado, fue remitida al servicio Hospicasa.

Sobre este aspecto que también cuestionan los apelantes, se debe tener en cuenta que el programa Hospicasa significa hospitalización en la vivienda del paciente. Por lo tanto, no fue dada de alta en la tarde del 16 de enero de 2008 como lo entienden los demandantes, sino que se estableció por decisión de dos médicos, el internista (fl. 199-envés, 200-envés, 204, 205-envés) –Precisamente el reclamado en la demanda y en el recurso de apelación como el idóneo para atenderla- y el médico tratante del área de observación (fl. 205), que por el estado de salud que presentaba, podía incluirse en el programa Hospicasa, es decir, continuar hospitalizada pero en su propia vivienda en lugar del Hospital.

Este programa tiene reconocimiento oficial, como lo registró la Superintendencia Nacional de Salud, cuando informó que el Hospital Departamental de Villavicencio *"Además, tiene dos salas de cirugía adecuadas y cinco nuevos quirófanos; ofrece 19 especialidades de oncología con especialistas del instituto nacional de cancerología; tiene el programa Hospicasa para prestación del servicio en casa; y cuenta con un*

nivel de satisfacción de sus usuarios del 96%" (<https://www.supersalud.gov.co/es-co/Noticias/listanoticias/supersalud-prorroga-por-9-meses>).

De igual forma, "El hospital Departamental de Villavicencio, desarrolla la iniciativa Hospicasa, programa de hospitalización en casa, para pacientes que requieren cuidados de manera continua. Esta iniciativa ha sido reforzada durante el periodo en el que este centro de salud ha sido intervenido y presta servicios como valoración, seguimiento por medicina general, enfermería, nutrición, psicología, terapia física, respiratoria y ocupacional. "El programa de hospitalización en casa del Hospital Departamental de Villavicencio, se crea en la creciente necesidad de nuestra institución de brindar con seguridad y calidad servicios de salud viales, de ser prestados en los domicilios de los pacientes. Esta atención busca acercar al paciente y su familia a darle entendimiento de la enfermedad a corregir y aprender conductas, fortalecer acciones de promoción de la salud y prevención de la aparición de complicaciones. Es así como hoy, nuestro equipo multidisciplinario formado por médicos, enfermeras, rehabilitadores físicos y respiratorios, psicología, terapia ocupacional se disponen al servicio de todos nuestros pacientes. Gracias desde luego al apoyo de la Superintendencia nacional de Salud quien fortalece los medios de contratación y nos ha garantizado las condiciones adecuadas para una atención humanizada y segura" afirmó Doctor Julián Depablos, Coordinador del programa Hospicasa" (<http://www.paselavoz.com.co/2019/04/23/hospicasa-servicio-que-al-mes-beneficia-a-50-pacientes-del-hospital-departamental-de-villavicencio/>).

También se ha registrado que "Alrededor de 50 pacientes se atienden al mes con el programa Hospicasa del Hospital Departamental de Villavicencio, se trata del programa de hospitalización en casa para los pacientes que requieren de cuidados continuos, con los cuidados por el equipo de médicos que necesitan. Este programa presta los servicios de valoración y seguimiento por medicina general, enfermería, nutrición, psicología, terapia física, respiratoria y ocupacional, además cuenta con el servicio de clínica de heridas, prestado por el personal de enfermería calificado en el manejo avanzado de las lesiones complejas. Igualmente, los pacientes tienen acompañamiento intrahospitalario y en sus hogares, con la tecnología y los avances médicos existentes para el cierre de lesiones, control de procesos infecciosos y reparación de las heridas. El equipo de Hospicasa trabaja por la salud, comodidad y seguridad de los pacientes incluidos en el programa, trasladándose hasta sus casas y de esta manera garantizar la continuidad en sus tratamientos" (<https://www.ondasdelmeta.com/2019/04/23/50>).

De ahí que el 17 de enero de 2008, dentro del programa Hospicasa, la paciente fue valorada a las 10:00 de la mañana en su vivienda, como servicio de hospitalización, por un médico general y cirujano (fl. 216-envés), por una auxiliar de enfermería (fl. 216-envés), se le proporcionó terapia respiratoria por una profesional fisioterapeuta (fl. 217), y se le administró el tratamiento ordenado y se le tomaron signos vitales a las 6:00 de la mañana y a las 2:00 de la tarde (fl. 93, 94). Como quiera que

el médico general y cirujano que la valoró encontró que mejora, "se dan recomendaciones posturales y de cuidado (...) advertencia y manejo de vía respiratoria" la cual en efecto se le prestó y que "continúa igual esquema antibiótico" (fl. 216-envés), con lo cual consideró que debía permanecer hospitalizada en su vivienda y no decidió remitirla al Hospital, criterio médico basado en sus auscultaciones y valoraciones, del que discrepan los apelantes, pero que en su respaldo no aportan fundamentos técnicos.

La apreciación del recurso en cuanto a que para la inclusión de la paciente en Hospicasa se hizo pese "a no existir aceptación por el médico de ese programa Hospicasa" (fl. 437), se encuentra desvirtuada, ya que contrario a lo que exponen los apelantes en su recurso, sí hubo aceptación expresa del médico Coordinador del programa Hospicasa, Julián De Pablos Jurado, como se observa a folios 214, 216, 87, 88; y si bien en este último folio no aparece firma de la paciente, sí se registró que a ella y a la familia les explicaron el programa y "las condiciones de inclusión, aceptan manejo y recomendaciones" (fl. 214, 216) y frente al objetivo del programa "se encuentra de acuerdo" (fl. 205). Estos documentos no fueron tachados, ni desvirtuados en el proceso.

Con todo lo expuesto y probado, se establece que no prosperan las diferentes circunstancias que plantearon los impugnantes en el primer cargo de su recurso de apelación.

4.5.1.2. Consideran los apelantes en el segundo cargo del recurso, que Claudia Patricia Leal Leal cuando reingresa al Hospital el 17 de enero, fue atendida todo el tiempo por médicos generales, que no hay notas de valoración por especialista en medicina interna lo que consideran una falla del servicio, quien solo la vio el 18 de enero a las 4:30 a. m. a pesar que el médico general lo pide el 17 de enero a las 9:30 de la noche cuando ordenó hospitalizar, es decir, siete horas y media después de la solicitud del médico general.

En este aspecto, se encuentra que Claudia Patricia Leal Leal arriba a las 21:15 del 17 de enero de 2008 por segunda vez a urgencias del Hospital Departamental de Villavicencio y a las 21:30 es valorada; se registra en la historia clínica que el MC (Motivo de consulta) es porque "Tengo mucha asfixia" y se reportan los hallazgos del examen físico, entre otros aspectos, y se pide valoración por medicina interna (fl. 219, 219-envés, 221). A las 23:00 ingresa la paciente al servicio de observación (fl. 221). La valoración por medicina interna se realizó a las 4:30 de la madrugada del 18 de enero de 2008 (fl. 221-envés, 220).

Los anteriores registros de la historia clínica de Claudia Patricia Leal Leal permiten establecer que es cierta la apreciación de los apelantes en cuanto a que la valoración por medicina interna no se realizó de inmediato, pues se practicó a las siete horas de solicitarse por medicina general.

No obstante, ello no constituye yerro del *a quo*, toda vez que es cierta su consideración en cuanto que la paciente sí fue atendida por médico internista, "*quedando sin vocación de prosperidad el argumento de la parte actora, consistente en la falta de valoración de la difunta CLAUDIA PATRICA por especialistas de medicina interna*" (fl. 434-envés), lo cual en esta instancia se corrobora con los datos precedentes de atención a la paciente por los especialistas de medicina interna, tanto en su primera asistencia al Hospital Departamental de Villavicencio (15 y 16 de enero de 2008) como al momento en que comienza su segunda estada (17-18 de enero de 2008).

Pero además, tampoco se observa que el haber acudido medicina interna a las siete horas de haberse solicitado su valoración, constituya por sí solo una falla del servicio como lo alegan los apelantes, pues debe tenerse en cuenta que se pidió avanzada la noche (7:30 p. m. fl. 219), después la paciente ingresó al servicio de observación ya con cama asignada a las 11:00 de la noche (fl. 221) y el especialista pedido la valora a las 4:30 de la madrugada (fl. 221-envés, 220), luego del procedimiento para informarle del requerimiento y trasladarse al Hospital; así, se tiene por razonable el lapso que demandó su presencia, máxime cuando el médico general había ordenado radiografía de tórax y cuadro hemático que debían procesarse para entregarlos al especialista y no registró signos de urgencia o gravedad que obligara a la inmediata asistencia del médico internista (fl. 219), entre tanto se le prestó atención a las 2:00, 3:00 y 4:00 de la madrugada (fl. 221-envés), y por su parte el médico internista a su vez en la valoración de las 4:30 a. m. tampoco registró algún deterioro de magnitud que para entonces hubiera ocurrido en la salud de la paciente mientras acudió a examinarla, y adoptó las medidas que consideró adecuadas ante el estado que presentaba en ese momento (fl. 221-envés, 220).

Por lo tanto, no prospera este cargo contra la sentencia apelada.

4.5.1.3. En el tercer reproche de los apelantes contra la sentencia impugnada, cuestionan que la orden de traslado de la paciente a UCI el 20 de enero de 2008 fue tardía, expedida a las 17:30 y a pesar de su estado crítico en esos momentos no la valoró el médico internista, y luego ella tuvo que esperar tres horas y media para que la ingresaran a UCI porque no se contaba con camas disponibles.

Sea lo primero precisar que en el expediente está desvirtuado el cuestionamiento de los apelantes en cuanto a que entre las 17:30 y las 22:59 de la noche del 20 de enero de 2008 a la paciente no la valoró el especialista en medicina interna.

En efecto, el médico internista sí acudió de inmediato tan pronto el médico cirujano (No General como lo endilga el recurso, fl. 438, 439) a las 5:30 de la noche del 20 de enero de 2008 consideró el traslado de la paciente a UCI (fl. 228); la valoración la realizó el médico internista Orlando Villanueva, a las 6:25 de la noche (55 minutos después), quien además de examinarla y ordenar tratamiento y manejo, también expide la remisión del servicio de

Medicina Interna del Hospital Departamental de Villavicencio al servicio de "UCI Meta" –Clínica Meta-. Se hace notar que el médico Villanueva además de ser internista, también es especializado en UCI –Intensivista- (fl. 268, 228-envés).

De manera que "el doctor Zapata", al que alude la historia clínica (fl. 228) y se refiere el recurso de apelación como el "médico internista" que "no estaba en el hospital" (fl. 439), en realidad no se acreditó que fuera el especialista en medicina interna que debía valorar a la paciente, pues como se demostró, sí acudió el profesional especialista requerido a las 6:25 p. m. -Se trataba del doctor Orlando Villanueva-, quien se reitera, no solo adelantó la labor de examinarla como médico internista, como también lo plasmó en la nota de su puño y letra a las 7:00 p. m. la enfermera Sandra Pastrana, sino que de inmediato expidió la remisión a la UCI de la Clínica Meta (fl. 268, 228-envés). Es más, el aludido doctor Zapata, de quien no se menciona especialidad en la historia clínica ni la demostraron los apelantes, tampoco fue de los internistas que ya habían valorado previamente a la paciente, pues lo fueron César Augusto Jiménez Paredes y Mauricio Ayala Corredor (fl. 205-envés, 220).

Ante el reproche de los apelantes sobre que desde el 17 de enero de 2008 cuando ingresa la paciente al Hospital presentaba sepsis de origen pulmonar con indicación de manejo en UCI, y más el 19 de enero en la mañana cuando presenta signos de shock séptico además de otros deterioros en su salud, pero solo cuatro días después, el 20 de enero de 2008 a las 5:30 p. m. se ordena traslado a la Unidad, el que se realiza a las 22:59 p.m. de ese día, se encuentran las circunstancias que se exponen a continuación.

El cronograma de la atención brindada a Claudia Patricia Leal Leal, en los cuatro días que menciona el recurso de apelación, muestra que el 17 de enero de 2008, a las 21:15 y 21:30: Valoración médica al reingresar por urgencias. Se pasa a observación. Se suministra oxígeno y antibióticos, se ordenan exámenes, radiografía del tórax y terapia respiratoria y se pide valoración por medicina interna (fl. 140, 218, 219, 221).

El 18 de enero de 2008, a las 2:00 a. m, 3:00 a. m. y 4:00 a. m: Visita por trabajo social y notas de enfermería: Paciente que duerme tranquila y verifican el oxígeno que se le suministra, entre otros manejos que se hacen (fl. 221-envés).

A las 4:30 a. m: Valoración por el médico internista (fl. 221-envés, 220). Encuentra a la paciente "en aceptables condiciones generales, con palidez mucocutánea, hidratada, afebril, taquipneica, alerta, decaída, TA 128/87, FC 126, FR 30, T° 36, mucosas húmedas conjuntivas normocromicas, escleras anictéricas, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular con hipoventilación de base pulmonar derecha y estertores bilaterales, Sa O₂ 96% con O₂ x CN, NO signos de dificultad respiratoria

con examen físico abdominal blando depresible no doloroso, extremidades simétricas, pulsos (+), no edemas, buena perfusión distal".

De igual forma, el médico internista reitera el diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad y síndrome de dificultad respiratoria moderado; y ordena hospitalización, dieta, oxígeno por cánula nasal, lactato ringer, ampicilina sulbactam, acetaminofén, omeprazol, micronebulización con salbutamol, terapia respiratoria y vibración, ecografía de tórax y marcar sitio de punción (fl. 220).

Con lo anterior se demuestra que contrario a la apreciación de los demandantes, en la historia clínica de su familiar al ingreso del 17 de enero de 2008 y con la valoración no solo de médicos generales sino también del internista, ninguno indicó "*manejo en UCI*" ni registró "*sepsis de origen pulmonar*", al tiempo que la paciente presentaba "*aceptables condiciones generales, (...) afebril, (...) alerta, (...) NO signos de dificultad respiratoria*", y en lugar de "*mala perfusión*" que aducen (fl. 439) se encontró "*buena perfusión distal*". Y tampoco tenía hipotensión (La que "*Sucedo cuando la presión arterial es mucho más baja de lo normal. Esto significa que el corazón, el cerebro y otras partes del cuerpo no reciben suficiente sangre. La presión arterial normal casi siempre está entre 90/60 mmHg y 120/80 mmHg. El nombre médico de la presión arterial baja es hipotensión*" (<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007278.htm>, NIH Biblioteca Nacional de Medicina de los EE. UU), pues se le encontró primero 103/92 y luego el internista halló 127/87, que son valores incluso algo por encima de lo normal.

Con posterioridad durante el mismo 18 de enero de 2008 y el 19 y 20 del mismo mes y año, la paciente permanece en hospitalización, y la examinan en forma frecuente varios médicos generales y cirujanos e ingresa al piso de medicina interna (fl. 220-envés, 222-envés, 223, 224, 225, 226, 227), al tiempo que se le aplica el tratamiento ordenado, se le suministra oxígeno, se toman exámenes que mandan los médicos tratantes cuyos resultados se observan y registran, se le hacen frecuentes terapias respiratorias y micronebulizaciones, de manera permanente se le toman y controlan los signos vitales (fl. 42, 43, 44, 55-57, 221-envés, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 270-276), y aun cuando su cuadro clínico presenta varias dificultades (Taquicardia; episodio de hipotensión el 19 de enero de 2008 a las 2:40 de la tarde al registrar 50/40, pero con el tratamiento que de inmediato se le dio, pasó a 60/40, luego a 70/50 y a las 4:00 de la tarde logró el normal de 90/60, fl. 225, 225-envés; dificultades respiratorias como la taquipnea que se tratan con las terapias cuyos registros reportan que la paciente supera aquellas; entre otras), los médicos no consideran su situación de tal gravedad como para ordenar su traslado a UCI, por lo que el manejo se da en el servicio de hospitalización, y del expediente no surgen elementos probatorios técnicos, médicos o científicos que permitan establecer lo contrario.

Hasta la tarde del 20 de enero de 2008. A las 5:30 p. m. el médico cirujano encuentra a la paciente con un cuadro clínico muy grave (fl. 228) -Él mismo también ya la había examinado momentos antes, a las 2:15 p. m. y a las 4:45 p. m, hallándola entonces en condiciones más favorables, como que *"la paciente mejora clínicamente"*, *"sin dificultad respiratoria"*, *"no tirajes pulmonar con leves sibilancias"*, fl. 227 y 227-envés-; pero ahora las condiciones son distintas, y las afecciones son de tal magnitud que *"se considera la paciente tiene shock séptico"* y ordena remitirla a UCI (fl. 228).

Luego, la paciente es valorada por el médico internista a las 6:25 de la noche, quien además de examinarla y ordenar tratamiento y manejo, también expide la remisión del servicio de Medicina Interna del Hospital Departamental de Villavicencio al servicio de "UCI Meta" -Clínica del Meta- (fl. 268, 228-envés). A continuación, se prepara a la paciente para el traslado (A las 7:00 p. m. *"el Dr de ambulancia ordena iniciar protocolo d entubación, no es posible canalizar nueva vena x difícil acceso, se administran 3mg d midazonal + 2mg d fentanilo, se entuba pte con tubo # 7, se infla balon y se fija, pte con PO₂75% FC. 116/70 mmHg., pte dispuesta Dr ordena administrar nueva dosis d midazolam y fentanilo se succiona pte y se coloca canula d guedel, terapia respiratoria conecta ventilador a tubo pte con buena PO₂ 92%, se traslada pte en camilla en compañía de medico y aux d ambulancia y familiar para clinica meta"*, fl. 228-envés), ingresa a la Clínica del Meta a las 22:59 del mismo 20 de enero de 2008 (fl. 262) con el mismo diagnóstico que detectó el Hospital Departamental de Villavicencio de Shock séptico, neumonía multilobar, derrame pleural bilateral (paraneumónico), pop drenes torácicos bilaterales (fl. 263), y lamentablemente fallece en sus instalaciones a las 4:00 de la madrugada del 21 de enero de 2008 (fl. 265).

Con lo expuesto y probado, se establece que en el proceso no se desvirtuó el criterio que tuvieron los médicos (Generales, cirujanos e internistas) de la demandada para no considerar el traslado de la paciente a UCI sino hasta el 20 de enero de 2008, a las 5:30 de la tarde, cuando en ese momento ella presentó shock séptico en razón de las múltiples afecciones que complicaron su estado de salud. Y a partir de ese momento crítico, la orden de traslado y remisión fue expedida de inmediato, con lo cual ante la falta de disponibilidad de camas en el Hospital, ahí mismo se obtuvo el cupo ante la UCI de la Clínica del Meta y con prontitud se inició el proceso de preparación de la paciente para su movilización y el ingreso al nuevo centro hospitalario se produjo de manera rápida, a las 22:59, donde también de inmediato le proporcionaron los servicios médicos y remedios y exámenes que se requerían, si bien no resultaron eficaces para salvarle la vida, por la grave afectación que padecía.

Por lo tanto, no prosperan los cuestionamientos del tercer cargo del recurso de apelación contra la sentencia impugnada.

4.5.1.4. Los apelantes plantean dos situaciones en el cuarto cargo de su recurso: La orden médica de suministrarle a la paciente metoprolol, que consideran era contraindicado; y no haber registrado en la historia clínica si se le aplicó o en caso de no haberlo hecho, omitir las razones de ello.

En el primer aspecto, se encuentra que efectivamente, el médico cirujano recetó metoprolol, de 25 mg, vía oral, a las 3:53 de la tarde del 19 de enero de 2008 (fl. 225); y establece la Sala que también lo ordenó el 20 de ese mes y año, condicionado ahora a si la tensión arterial era mayor que (>) 100/70 (fl. 226).

Los apelantes no sustentan la razón por la cual el metoprolol estaba contraindicado en el caso de su pariente, y solo afirman que "*por que empeora la hipotensión*" (fl. 440).

No obstante, si bien es cierto que el metoprolol tiene dentro de sus contraindicaciones, la "*insuf. Cardíaca descompensada (... hipotensión)*" (<https://www.vademecum.es/principios-activos-metoprolol>), no es menos cierto que como lo indica esta misma página de internet, también tiene como "*Indicaciones terapéuticas (...) arritmias cardíacas (**taquicardia supraventricular**)*". Resaltado fuera del original.

De ahí que cuando a las 15:00 del 19 de enero de 2008 el médico cirujano encontró a la paciente precisa y exactamente con "*Taquicardia supraventricular*" (fl. 225), encajaba de manera idónea el remedio como el apropiado para esa situación médica y por ello era viable que lo formulara como en efecto lo hizo (fl. 225). Luego no fue una falla del servicio que lo recetara, pues estaba indicado desde el ámbito terapéutico para ese cuadro clínico. Ni tampoco que lo volviera a hacer al día siguiente, cuando de manera precisa y expresa indicó que solo se aplicaría si la tensión arterial era mayor que (>) 100/70 (fl. 226).

Por otra parte, y contrario a lo que han expuesto los apelantes (fl. 440), sí existe prueba que acredita que el metoprolol no se le aplicó a la paciente; está constituida en las Hojas de Tratamientos de la Historia Clínica, que es el documento en el cual se registran todos los remedios que se le suministran a la persona hospitalizada. Y en las del 19 y 20 de enero de 2008, aparecen en detalle que se le dio ampicilina, acetaminofén, omeprazol, dipirona, furosemida, heparina y midazolam, entre otras, y en ninguna parte aparece el metoprolol (fl. 43-44, 225-229). Luego, se descarta su aplicación y los demandantes no probaron lo contrario. Es más, se refuerza el hecho que no se le suministró, que ante el episodio de hipotensión que presentó la paciente a las 14:40 del 19 de enero de 2008, su tensión arterial de 50/40, no disminuyó, como hubiera sido el efecto inmediato de haber tomado dichas cápsulas o comprimidos recubiertos, si no que por el contrario, subió recuperándose de inmediato hasta la normalidad (60/40, 70/50, 90/60, fl. 225, 226, 227) el 19 y el 20 de enero de 2008. También se resalta que en esos días, este signo vital no registró datos superiores a 100/70, por lo que no hubo necesidad de administrarlo.

En el segundo aspecto, esto es, no haber registrado en la historia clínica si se le aplicó o en caso de no haberlo hecho, omitir las razones de ello, es claro que en dicho documento se anota lo que sucede o se hace, no lo que no ocurre, y por lo tanto, no era dable exigirle a las enfermeras que hubieran escrito, si hubiera sido el caso, que omitían darle a la paciente el remedio formulado por un médico, y mucho menos obligarlas a indicar que no lo hacían por discrepar del criterio de este profesional, asunto al que no se pueden oponer por no ser de sus funciones ni de su profesión ni jerarquía, con lo que su deber se limitaba a registrar solo si le daban el remedio a la paciente, y como no se lo suministraron, nada debían anotar. De ahí que no hay incertidumbre en el tratamiento dado a la señora Leal Leal, pues en la Historia clínica hay la total certeza de los remedios que se le suministraron y aplicaron, dentro de los cuales no tomó el metoprolol, circunstancia esta que entonces, en nada pudo ayudar a deteriorar su salud. O al menos, no lo probaron los demandantes en el actual proceso judicial.

No hay duda de la importancia de la historia clínica durante la prestación del servicio de salud a los pacientes y luego en casos de disputa judicial u otros trámites, así como los requisitos, contenidos y deberes de los prestadores de la atención médica, que establecen la Ley 23 de 1981 y las Resoluciones 2546 de 1998 y 1995 de 1999. Ante errores y falencias en la conservación, custodia e integralidad de la historia clínica, la jurisprudencia del Consejo de Estado ha sostenido¹¹ que *"(...) se traduce en un indicio de falla en contra de la entidad hospitalaria (...) toda vez que la historia clínica constituye el eje central sobre el cual se estructura no sólo la atención integral médica y hospitalaria, sino que, en el derecho de daños por la actividad sanitaria se erige como el principal instrumento de convicción e ilustración para el juez, circunstancia por la cual su ausencia genera una presunción judicial –estructurada en las reglas de la experiencia, la sana crítica y la evidencia–"*.

Al expediente se aportó la historia clínica de Claudia Patricia Leal y Leal en el Hospital Departamental de Villavicencio (fl. 28-94, 117-151, 197-260), y dentro de ella, se incluyeron las hojas que registraron el suministro de remedios (fl. 43-44) el 19 y 20 de enero de 2008, que fue el aspecto aquí controvertido. Por lo tanto, en este caso no se probó, ni encuentra el Tribunal, inobservancia alguna de las normas jurídicas de obligatorio cumplimiento en el diligenciamiento de la historia clínica que endilgó la parte apelante.

En consecuencia, no se acogen ni prosperan los aspectos planteados en el cargo cuarto del recurso de apelación de los demandantes.

4.5.1.5. En el numeral 5 del recurso de apelación (fl. 440-445), los demandantes vuelven a referirse a las circunstancias que plantearon en los

¹¹ Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección C, sentencia del 25 de abril de 2012, exp. 21.861, M.P. Enrique Gil Botero.

anteriores cuatro cargos de su impugnación, y que ya fueron decididos en los acápites precedentes.

Así, repiten que "el doctor Zapata" a quien consideran que era el internista en la tarde del 20 de enero de 2008 y del que dicen que no valoró a la paciente, ya se desvirtuó en el acápite 4.5.1.3. que de inmediato a la petición de las 5:30 p. m. del cirujano para que ella fuera valorada por medicina interna, sí acudió el profesional requerido a las 6:25 p. m. -Se trataba del doctor Orlando Villanueva, médico internista y también intensivista-, quien no solo adelantó la labor de examinarla, como también lo plasmó en la nota de su puño y letra a las 7:00 p. m. la enfermera Sandra Pastrana, sino que de inmediato expidió la remisión a la UCI de la Clínica Meta (fl. 268, 228-envés). Y también se reitera que del aludido doctor Zapata, no se menciona especialidad en la historia clínica ni la demostraron los apelantes. También se repite a continuación en dicho numeral 5 del recurso de apelación, lo referido a que no se valoró a la paciente por medicina interna el 16 de enero de 2008, su crítica de haberla dado de alta y pasarla a Hospicasa, la supuesta no aceptación del médico de este programa, la orden de suministro de metoprolol que consideran contraindicado, la tardía remisión a UCI y la falta de examen por médico internista en la noche del 20 de enero de 2008, todo lo cual se analizó en detalle y se desvirtuó en los apartes 4.5.1.1, 4.5.1.2, 4.5.1.3. y 4.5.1.4 de estas consideraciones.

No obstante, adicionan que el dictamen pericial rendido por el Instituto de Medicina Legal no desvirtuó las fallas del servicio médico que recibió Claudia Patricia Leal Leal, pues el perito afirmó no tener idoneidad para resolver el cuestionario propuesto y que hay un nexo de causalidad entre la falla del servicio y la muerte de la paciente.

Ante lo anterior, se encuentra que precisamente en señal de transparencia y de honestidad, el dictamen pericial allegado al proceso por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (fl. 336-3470), reconoce de manera expresa que para el caso concreto "se requiere del análisis e interpretación por especialista en **Medicina Interna** pero el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses no cuenta dichos especialistas (...) por lo tanto sugerimos que el caso se remita a la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia en Bogotá para que (...) se pronuncien sobre la idoneidad del tratamiento médico dado a la señora **CLAUDIA PATRICIA LEAL LEAL**, es decir, si la atención se ciñó a la Lex Artis". Por ello, no se pronunció sobre el diagnóstico real de la paciente, y apenas se limitó a indicar que no hay registro de la administración de metoprolol y que no existía contraindicación a la aplicación de la furosemida; y en cuanto a los demás puntos del cuestionario no emitió concepto.

Por lo tanto, el pronunciamiento del dictamen fue restringido a lo mínimo, por lo que no se le puede dar el alcance que pretenden los apelantes en cuanto a que "no desvirtuó las fallas en el servicio médico que recibió Claudia Patricia Leal Leal" (fl. 443), pues se reitera, no dictaminó sobre el

tratamiento brindado a la paciente. Y es relevante señalar que dicha limitación fue advertida por el *a quo*, que de manera diligente desplegó una gran actividad procesal para obtener esta prueba pericial completa. Así, se ofició conforme a la petición de los demandantes, a la Sociedad Colombiana de Medicina Interna y Cuidados Intensivos (fl. 372) que informó no aceptar el encargo por no ser de su objeto social (fl. 375) y a la Universidad Nacional de Colombia para que rindiera un nuevo dictamen pericial (fl. 383), entidad que se pronunció mencionando su disposición y fijando honorarios por el servicio (fl. 387), pero aquellos manifestaron no poder asumir dicho valor y solicitaron que se designara a otra entidad (fl. 390); entonces, se ordenó oficiar a la que ellos de manera expresa indicaron, al Centro de Estudios en Derecho y Salud CENDES de la Universidad CES (fl. 395, 397, 398, 404), que aceptó rendirlo (fl. 393, 406), pero la parte demandante por segunda ocasión no sufragó los gastos pedidos (fl. 408), por lo que se tuvo por desistida la prueba (fl. 406-409).

En consecuencia, los demandantes no probaron las diferentes circunstancias que planteadas en el cargo quinto del recurso de apelación, consideran que fueron falla del servicio (fl. 444), mientras que en su lugar, la Sala encuentra que están desvirtuadas en el expediente como se detalló en las consideraciones precedentes, por lo que tampoco acreditaron los apelantes el endilgado nexo de causalidad entre la atención brindada y la muerte de la paciente.

Con lo que se expuso y demostró, se establece que no hay imputación fáctica en el caso, endilgable al Hospital Departamental de Villavicencio por la muerte de Claudia Patricia Leal Leal ni el consiguiente daño antijurídico que reclaman los demandantes.

4.5.2. Imputación Jurídica. En el acápite anterior se estableció que la entidad demandada no faltó al cumplimiento del deber jurídico de proteger los derechos de su paciente, que su servicio no falló en cuanto fuera defectuoso en la atención debida, y en cambio, pudo determinarse que se realizaron los exámenes, valoraciones, procedimientos, remisión e intervenciones quirúrgicas procedentes para tratar de preservar la vida.

Así, el Hospital Departamental de Villavicencio no dejó de actuar en la forma que le correspondía en la prestación del servicio de salud a Claudia Patricia Leal Leal. Y la parte demandante no probó deficiencia alguna del servicio médico, tampoco acreditó alguna omisión o acción reprochable del prestador del mismo, ni se encontró en el expediente un diagnóstico o exámenes o cirugías defectuosas, negligentes o equivocadas, o que el traslado a la Clínica del Meta que se pidió se hubiere realizado de manera tardía o equivocada o que no resultaba indispensable o mejor que lo realizado frente a la situación de la paciente en sus instalaciones.

Conforme con lo expuesto, el Hospital cumplió con las exigencias, entre otras, de la Ley 23 de 1981, la cual establece las reglas para la prestación del servicio de salud conforme a la ética médica, con precisos mandatos, la

Ley 10 de 1990 y los Decretos 2759 de 1991 y 412 de 1992, como lo señala el Consejo de Estado (M. P. Danilo Rojas Betancourth, 5 de marzo de 2015, rad. 50001233100020020037501, 30102), y la Ley 715 de 2001, el Decreto 2757 de 1991 y la Resolución 5261 de 1994 que fijan el marco normativo de la referencia y contrarreferencia de pacientes (M. P. Marta Nubia Velásquez Rico, 1 de marzo de 2018, rad. 05001233100020060 269601).

Como corolorio de la situación, en el proceso no se probó que la atención médica que se le prestó a Claudia Patricia Leal Leal intervino o propició el desenlace fatal que se demanda. Es decir, no está acreditado en el expediente que el Hospital Departamental de Villavicencio generó el daño antijurídico reclamado.

De manera que en este caso no surgió el imperativo patrimonial del Estado de responder, pues se reitera, faltó la prueba de una omisión a un deber impuesto legalmente; y no propició la entidad demandada el daño, tampoco falló en su posición de procurar por la salud y la vida de la paciente, ni incrementó el riesgo permitido con la creación de uno en Derecho desaprobado que se materializara en el resultado.

Significa que no se demostró el requisito de la imputación normativa, por lo que el daño antijurídico no es asignable a la entidad demandada.

Y se determina que no prosperan las diferentes circunstancias que integran los distintos cargos del recurso de apelación.

4.6. En consecuencia, no se acreditaron los elementos de la falla del servicio en contra del Hospital Departamental de Villavicencio. Así, a pesar del daño antijurídico que se probó, no se demostró que fuera propiciado por alguna acción, u omisión, o irregularidad, o falencia en el servicio de la entidad estatal ante su deber jurídico de la idónea prestación del servicio de salud que le corresponde.

4.7. Por lo tanto, y ante el problema jurídico que se planteó, se responde que no procede revocar la sentencia impugnada.

5. Otras decisiones

5.1. Costas. No se condena en costas por el trámite en ésta segunda instancia, toda vez que de la conducta de las partes no se evidencia mala fe, ni son constitutivas de temeridad ni de abuso del derecho.

5.2. Comunicación y remisión. Se ordenará que por Secretaría del Tribunal Administrativo de Arauca, se remita copia de esta sentencia por correo –Electrónico si aparece registrado o postal- a las partes y al Ministerio Público en carácter de mera información; y el expediente al

Tribunal Administrativo del Meta para que prosiga con los trámites procesales, incluido el de notificación de la sentencia.

En mérito de lo expuesto, el Tribunal Administrativo de Arauca, administrando Justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

RESUELVE

PRIMERO. CONFIRMAR la sentencia del 30 de enero de 2019 proferida por el Juzgado Noveno Administrativo del Circuito de Villavicencio.

SEGUNDO. DECLARAR que no hay condena en costas.

TERCERO. ORDENAR que previas las anotaciones de rigor, por Secretaría del Tribunal Administrativo de Arauca: (i) Se remita copia de esta providencia por correo -Electrónico si aparece registrado o postal- a las partes y al Ministerio Público con carácter de mera información, y (ii) Se devuelva el expediente al Tribunal Administrativo del Meta, para que prosigan los trámites procesales que correspondan, incluido el de notificación de la sentencia.

CUARTO. ORDENAR que en firme la presente providencia en el Tribunal Administrativo del Meta, se devuelva por la Secretaría de esa Corporación Judicial, el expediente al Despacho de origen-Juzgado de primera instancia, previas las anotaciones de rigor.

La presente providencia fue aprobada por la Sala en sesión de la fecha.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE



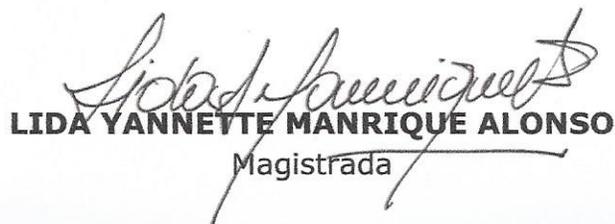
LUIS NORBERTO CERMEÑO

Magistrado



YENITZA MARIANA LÓPEZ BLANCO

Magistrada



LIDA YANNETTE MANRIQUE ALONSO

Magistrada