

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL



JUZGADO PRIMERO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE MANIZALES

Manizales, doce (12) de abril de dos mil veintitrés (2023).

RADICADO:	17001-33-33-001- 2016-00106 -00
MEDIO DE CONTROL:	REPARACIÓN DIRECTA
DEMANDANTES:	PABLO ALEJANDRO CARDONA HINCAPIÉ LIBIA CORREA DE HINCAPIÉ ADRIANA LUCÍA HINCAPIÉ CORREA GLORIA ELENA HINCAPIÉ CORREA
DEMANDADAS:	E.S.E HOSPITAL SAN MARCOS DE CHINCHINÁ (CALDAS) DUMIAN MEDICAL S.A.S -IPS CLÍNICA DEL CAFÉ- EPS SALUDCOOP EN LIQUIDACIÓN
LLAMADAS EN GARANTÍA:	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA -llamada en garantía por el Hospital San Marcos de Chinchiná- LA PREVISORA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. - llamada en garantía por DUMIAN MEDICAL S.A.S IPS CLÍNICA DEL CAFÉ-
SENTENCIA:	085
NOTIFICACIÓN:	ESTADO No. 039 DEL 13 DE ABRIL DE 2023

El despacho profiere sentencia en el proceso de la referencia, de conformidad con los lineamientos del art. 187 del CPACA y en concordancia con el art. 280 del CGP, en consideración a que se encuentra agotado el trámite necesario para tal efecto, previos los siguientes.

I. ANTECEDENTES

1.1. LA DEMANDA

1.1.1 Síntesis de los hechos

Consideran los demandantes que la E.S.E Hospital San Marcos de Chinchiná Caldas incurrió en falla en el servicio médico al haber errado en el diagnóstico; haber actuado con negligencia médica; haber dilatado la prestación del servicio e imponer trabas administrativas que condujeron finalmente a la muerte de la señora María Victoria Hincapié Correa -en adelante MVHC-.

1.1.2 Pretensiones

La parte actora solicitó (fls. 9 y 10 del cuaderno 1):

“PRIMERA: Se **DECLARE** patrimonial y solidariamente responsable a la ESE Hospital San Marcos, SaludCoop EPS en liquidación, IPS Clínica la Sagrada Familia y la Clínica del Café; por todos los daños y perjuicios ocasionados con ocasión del fallecimiento de la señora **MARIA VICTORIA HINCAPIÉ CORREA** el día 11 de enero de 2014, producto de la falla en el servicio médico de las accionadas (...).”

En consecuencia, solicitó se condene a las demandadas al pago de las siguientes indemnizaciones, todo con los intereses aplicables legalmente al caso:

“SEGUNDA: Como consecuencia de lo anterior, se **CONDENE** a las demandadas al pago en favor de **PABLO ALEJANDRO CARDONA HINCAPIÉ, LIBIA CORREA DE HINCAPIÉ, ADRIANA LUCÍA HINCAPIÉ CORREA** y **GLORIA HELENA HINCAPIÉ CORREA**, por los perjuicios materiales ocasionados en la modalidad de **LUCRO CESANTE** por valor de **TRESCIENTOS DOCE MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/CTE (\$312.850.000)** que se discriminan de la siguiente manera:

- I. **LUCRO CESANTE CONSOLIDADO:** se deriva de lo devengado por la señora **MARIA VICTORIA HINCAPIÉ CORREA** en su calidad de concejal del Municipio de Palestina (Caldas) por el periodo constitucional 2012-2015 y los ingresos familiares producto de cultivar, producir y comercializar las flores de donde convivían la señora Libia, Adriana, Gloria y María Victoria; cifras que sumadas resultan ser:

$\$1.100.000$ (Honorarios mensuales concejal) x 23.5 (Meses transcurridos desde el fallecimiento hasta la fecha en que debía terminar el periodo constitucional) = $\$23.850.000$.

$\$1.000.000$ (Ingresos familiares mensuales de cultivar, producir y comercializar flores) x 26 (Meses transcurridos desde el fallecimiento hasta la presentación de la demanda) = $\$26.000.000$
TOTAL: $\$23.850.000 + \$26.000.000 = \$51.850.000$

- II. **LUCRO CESANTE FUTURO:** se deriva de los ingresos familiares producto de cultivar, producir y comercializar las flores de la finca:

\$1.000.000 (Ingresos familiares mensuales de cultivar, producir y comercializar flores) x 261 (Meses transcurridos desde la fecha de presentación de la demanda hasta la fecha de expectativa de vida)
TOTAL: \$261.000.000

TERCERA: como consecuencia de lo anterior, se **CONDENE** a las demandadas al pago en favor de **PABLO ALEJANDRO CARDONA HINCAPIÉ, LIBIA CORREA DE HINCAPIÉ, ADRIANA LUCÍA HINCAPIÉ CORREA y GLORIA HELENA HINCAPIÉ CORREA**, por los perjuicios morales ocasionados, en las siguientes sumas:

- I. PABLO ALEJANDRO CARDONA HINCAPIÉ (Hijo):** 100 SMLMV.
- II. LIBIA CORREA DE HINCAPIÉ (Madre):** 100 SMLMV.
- III. ADRIANA LUCÍA HINCAPIÉ CORREA (Hermana):** 50 SMLMV.
- IV. GLORIA HELENA HINCAPIÉ CORREA (Hermana):** 50 SMLMV.

CUARTA: Se **CONDENE** al pago de los intereses previstos en el artículo 192 del CPACA y se ejecuten en los términos establecidos en el artículo 195 del mismo estatuto.

QUINTO: Las anteriores sumas sean actualizadas e indexadas, según las fórmulas financieras aceptadas por el Honorable Consejo de Estado.

SEXTA: Se **CONDENE** a las demandadas al pago de las costas y de las agencias en derecho.”

1.1.3 Fundamentos jurídicos

Fundamentó como violados los artículos 1, 2, 4, 11, 13, 48, 49, 90 de la Constitución Política de Colombia. El artículo 23 de la Ley 23 de 1981 y los artículos 1 a 4, 153 y 185 de la Ley 100 de 1993, por la serie de fallas en los servicios médico - administrativos prestados por la EPS, ESE e IPS, actuaciones u omisiones padecidas por la señora MARÍA VICTORIA HINCAPIÉ CORREA que terminaron por llevarla a la muerte, conllevando inexorablemente a que se configurara una omisión, a raíz de ella, un daño y, entre ellos, un nexo de causalidad, elementos necesarios para que se declare la responsabilidad solidaria de las entidades públicas y privadas accionadas, los que busca sean resarcidos por el juez de instancia. (fls. 10 a 16 del cuaderno 1)

1.2. CONTESTACIÓN DE LA DEMADA:

Dentro del término legal, las entidades demandadas se pronunciaron frente al medio de control incoado por los demandantes, de la siguiente manera:

1.2.1 Sociedad Comercializadora de Insumos y servicios médicos S.A.S (SOCIOMÉDICOS S.A.S) IPS Clínica San Rafael (pág. 445-460 Cuaderno1 digitalizado)

El apoderado judicial de la entidad se refirió sobre cada uno de los hechos contenidos en la demanda, ateniéndose a lo que resultase probado dentro del proceso, y de la misma manera se opuso a todas y cada una de las pretensiones de la demanda, con fundamento en las siguientes, excepciones:

- (i) INEXISTENCIA DE IMPUTACIÓN DEL DAÑO EN CABEZA DE LA SOCIEDAD COMERCIALIZADORA DE INSUMOS Y SERVICIOS MÉDICOS S.A.S (SOCIOMÉDICOS S.A.S) IPS CLÍNICA SAN RAFAEL,** pues la imputación del daño como elemento de responsabilidad, consideran no le es aplicable, ya que la causa del daño -esto es la muerte de la señora María Victoria Hincapié Correa- dice que fue extraña a la conducta desplegada por el personal médico de la entidad, máxime si la paciente nunca fue hospitalizada, ni fue objeto de valoración alguna por los médicos y/o especialistas de la IPS Clínica San Rafael. Recalcó que dentro de los hechos narrados en el escrito de demanda, no encontró relación o mención sobre el ingreso de la señora Hincapié Correa a las instalaciones de esa IPS, que se encuentran en la ciudad de Pereira, pues según dichos relatos la paciente fue remitida a la Clínica del Café ubicada en la ciudad de Armenia, lugar donde finalmente falleció. Sumado a lo dicho, hace notar que, de las historias clínicas aportadas, en ninguna de esta aparecen anotaciones de ingreso y/o remisión a dicha IPS,
- (ii) INEXISTENCIA DEL NEXO CAUSAL QUE DETERMINE LA RESPONSABILIDAD ATRIBUIBLE A LA SOCIEDAD COMERCIALIZADORA DE INSUMOS Y SERVICIOS MÉDICOS S.A.S (SOCIOMÉDICOS S.A.S) IPS CLÍNICA SAN RAFAEL.** En virtud de lo anteriormente discurrecido resaltó que no existe nexo de causalidad, entre el daño alegado y el actuar de esa IPS, pues nunca estuvo, ni fue atendida o remitida a las instalaciones de la IPS, en el tiempo que se alega ocurrieron los hechos objeto de la demanda. Aseguró que, en virtud de ello, a su representada no le asiste deber alguno de reparación frente a los daños alegados.
- (iii) INEXISTENCIA DE FALLA EN EL SERVICIO,** la cual fundamentó en los mismos argumentos de las excepciones precedentes: la señora Hincapié Correa no recibió valoración médica, ni mucho menos fue sometida a procedimiento quirúrgico alguno de parte del personal médico de la entidad que representa durante el episodio de su enfermedad coronaria y su

posterior fallecimiento, por lo que concluye no le es atribuible una posible falla en el servicio médico.

- (iv) **INEXISTENCIAS DEL DEBER DE REPARAR EN CABEZA DE LA SOCIEDAD COMERCIALIZADORA DE INSUMOS Y SERVICIOS MÉDICOS SOCIMÉDICOS S.A.S IPS SAN RAFAEL**, pues en consonancia con lo dicho, el deber de reparar como elemento de la responsabilidad, derivada de una obligación de origen contractual, extracontractual o legal, por un daño que no les es atribuible en cabeza de dicha entidad, ya que esta no fue la causante del daño a reparar suscitado en la presente, conforme a lo que ha venido explicando,
- (v) **FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA CON RELACIÓN A LA SOCIEDAD COMERCIALIZADORA DE INSUMOS Y SERVICIOS MÉDICOS S.A.S (SOCIOMÉDICOS S.A.S) IPS CLÍNICA SAN RAFAEL**, al no poderse imputar un daño en cabeza de su representada, se desdibuja la legitimación en la causa por pasiva de esa entidad, y
- (vi) **EXCEPCIÓN INNOMINADA O GENÉRICA**: Solicitó que se declare cualquier excepción que se encuentre probada dentro del presente proceso de acuerdo a las pruebas que se recauden.

La IPS Clínica San Rafael llamó en garantía a la **PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS**, por la póliza de responsabilidad Civil No. 1004404 en la modalidad de CLAIMS MADE, por la responsabilidad civil clínica y hospitales amparadas con este seguro (Cuaderno 2 digitalizado f.1-4)

1.2.2. IPS Clínica La Sagrada Familia Caja de Compensación Familiar de Comfenalco Quindío (pág. 477-497 Cuaderno1 digitalizado)

Se opuso a la prosperidad de todas las pretensiones y propuso las excepciones de:

i) **falta de legitimación en la causa**, pues no existe fundamento material de un presunto daño causado a la parte demandante, es decir, existe ausencia de elementos fácticos que vinculen a esa IPS, o que infieran una relación material o nexo de causalidad que dio lugar al litigio.

ii) **Inexistencia de responsabilidad, no existe vínculo causal entre los accionantes y la clínica Sagrada Familia de Comfenalco Quindío**, pues no existen registros médicos de alguna prestación por parte de esa entidad del servicio de salud a la señora María Victoria Hincapié.

iii) **inexistencia de imputación del daño en cabeza de la clínica Sagrada Familia de Comfenalco Quindío**, pues la paciente pudo haber ingresado a la Unidad de Hemodinamia de la Sociedad Cardiovascular del Eje Cafetero, Unidad que tiene su

sede dentro de las Instalaciones de la Clínica Sagrada Familia en virtud del contrato de arrendamiento No. 096-2-2013, sin que ello signifique que al haber estado la paciente en la Unidad de Hemodinamia de la Sociedad Cardiovascular, haya sido precisamente la IPS Clínica La Sagrada Familia la que haya prestado el servicio médico a la paciente, y por ende merezca defenderse de algún reproche por esa atención médica.

iv) inexistencia del deber de reparar en cabeza de la clínica sagrada Familia de Comfenalco Quindío, por los hechos ya narrados y, finalmente

v) la excepción ecuménica, para que, en caso de encontrarse probada alguna excepción, la misma sea reconocida en oficio en la sentencia.

La IPS Clínica la Sagrada Familia Caja de Compensación Familiar de Comfenalco Quindío, llamó en garantía a la **PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS**, con fundamento en las pólizas No. 1002982 y 1003867 por la responsabilidad civil extracontractual clínica y hospitales amparadas con este seguro, y a la **COMPAÑÍA DE SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.** con fundamento en las pólizas No. 0195329-4 y 0104137-8 (Cuaderno 2 digitalizado f.42-122 y 123 -264)

1.2.3. IPS Clínica del Café (DUMIAN MEDICAL S.A.S.) (pág. 5-16 Cuaderno1.1 digitalizado)

Refirió que la paciente fue remitida por cuadro clínico de tres días de evolución con dolor torácico y epigástrico; que fue valorada en esa IPS por el intensivista quien la diagnostica con choque cardiogénico, “*iam (infarto agudo de miocardio)*” razón por la cual se le practicó una angiografía coronaria, y como ese procedimiento no era prestado en esa IPS Clínica del Café, se remitió a la paciente a la IPS Clínica La Sagrada Familia donde se lo hicieron.

Propuso las excepciones de: **i) cobro de lo no debido**, pues esa IPS atendió en debida forma a la paciente y además hizo las remisiones de manera oportuna y eficiente, sin escatimar esfuerzos en la prestación del servicio médico. Con estos mismos argumentos propuso las excepciones que denominó **ii) inexistencia de la obligación**, y **iii) cumplimiento adecuado de las obligaciones a cargo de la entidad demandada**.

También propuso las de **iv) inexistencia de nexo causal entre la prestación del servicio médico a cargo de Dumian Medical S.A.S y el daño**, habida cuenta que no existe relación fáctica ni jurídica entre el comportamiento de los profesionales de la salud de Dumian Medical S.A.S y la patología de la paciente, **v) cumplimiento**

adecuado de las obligaciones a cargo de la entidad demandada, pues los servicios de salud se le prestaron a la señora Hincapié de forma oportuna, eficaz, eficiente y adecuada, y su cuadro de salud se debía a que llegó a esa IPS con complicaciones anteriores, **vi) cumplimiento de una obligación de medios y no de resultados**, pues el médico no será responsable por riesgos, reacciones, o resultados desfavorables inmediatos o tardíos, de imposible o difícil previsión dentro del campo de la práctica médica al prescribir o efectuar un tratamiento o procedimiento médico, **vii) prescripción, viii) excesiva tasación de perjuicios y ix) excepción genérica.**

Finalmente, llamó en garantía a la PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, con fundamento en la póliza No. 1040171, que ampara la responsabilidad civil extracontractual de la IPS durante la vigencia del 17 de mayo de 2013 al 17 de mayo de 2014 (Cuaderno 2 digitalizado f. 265-292)

1.2.4. E.S.E. HOSPITAL SAN MARCOS DE CHINCHINÁ CALDAS (pág. 75-84 Cuaderno1.1 digitalizado)

Afirmó que es cierto que la señora María Victoria Hincapié Correa ingresó a la sede de Palestina del Hospital San Marcos el día 5 de enero de 2014 a las 7:30 a.m. por síntomas de desespero, angustia, ganas de llorar, falta de sueño, sin que sea cierto que presentaba opresión en el pecho y dificultad para hablar, pues ello no fue puesto en conocimiento de los galenos del Hospital.

Que no es cierto que los medicamentos suministrados no le hayan hecho efecto, pues al contrario, se le dejó en observación y al verificarse su mejoría se le dio de alta a las 04:30 p.m. después de que el electrocardiograma tomado reportara resultado dentro de “límites normales”. De igual forma, dado su cuadro clínico, se dictaminó estrés, más no es cierto que se le haya remitido a clínica psiquiátrica, pues la recomendación del galeno fue que consultara a la EPS para hacer seguimiento a su cuadro clínico.

También acepta como veraz el hecho de que la paciente reconsultó hasta el día 8 de enero de 2014 con un cuadro de *“dolor torácico y epigástrico asociado a sensación de discomfort general, angustia, sensación de disnea, náuseas y emesis”*, razón por la cual se tomó electrocardiograma que mostró *“infarto agudo del miocardio”*. Sin embargo, de la revisión de la historia clínica no se encontró que los médicos tratantes hubieran indicado que se trataba de un infarto de cinco días de evolución.

Se opuso a la prosperidad de todas las pretensiones y formuló las excepciones de

i) falta de acreditación de los elementos que configuran la responsabilidad estatal, régimen de falla probada, pues ese Hospital actuó de manera diligente y apegada a los protocolos médicos indicados para el caso concreto. El médico que atendió a la señora Hincapié le brindó una revisión general e incluso le ordenó un electrocardiograma, de cuyo resultado inicial dedujo que la paciente hasta ese momento no tenía sintomatología sugestiva de algo diferente a un cuadro ansioso depresivo, no obstante ello, le recomendó consultar a su EPS el día siguiente con el fin de que continuara con el seguimiento a su patología, indicación que desatendió la paciente, pues aunque la misma continuó sintiéndose mal, no acudió a la EPS para buscar atención médica, tampoco fue al Hospital, lo que hizo únicamente tres días después de la atención inicial cuando su situación de salud era mucho más delicada.

Así las cosas, considera que la paciente fue atendida en ese Hospital con una sintomatología que inicialmente no era sugestiva de un infarto agudo al miocardio, que se le dieron unas recomendaciones que no fueron atendidas, y que al regresar al Hospital con una sintomatología que esta vez sí era sugestiva de afección cardiológica, se gestionó de inmediato su traslado para una Institución de nivel superior, sin que en tales actuaciones se evidencie un actuar negligente por parte de ese Hospital.

Con fundamento en los anteriores argumentos, también propuso las excepciones de: **ii) Ruptura del nexo de causalidad, iii) inexistencia del derecho reclamado -falta de legitimación en la causa por pasiva y la iii) genérica.**

El Hospital San Marcos de Chinchiná Caldas llamó en garantía a la Aseguradora Solidaria de Colombia con fundamento en la póliza de seguro de responsabilidad civil clínicas y centros médicos 500-88-9940000000004.

1.2.5 La EPS SALUDCOOP no contestó la demanda.

1.2.6. Aseguradora Solidaria de Colombia. (f. 28-39 C. 2.1)

La entidad llamada en garantía por parte del Hospital San Marcos de Chinchiná se pronunció frente a la demanda, indicando que la atención prestada por ese centro hospitalario a la señora MVHC fue oportuna y diligente, a diferencia del actuar de la víctima y de sus familiares, pues ante los síntomas descritos en la demanda no la trasladaron inmediatamente a un centro asistencial, sino únicamente hasta que la misma situación se tornó más delicada cuando fue llevada nuevamente a consulta médica y, en ese sentido, se observa que el deceso de la señora María Victoria es resultado de una enfermedad general y no de una mala praxis médica. En virtud de

lo anteriormente discurrido, propuso la excepción de “AUSENCIA DEL NEXO CAUSAL.

1.2.7. La Previsora S.A. Compañía de Seguros. (f. 175-195 C. 2.1)

La entidad llamada en garantía por parte de la IPS Clínica del Café se pronunció frente a la demanda, indicando que la atención prestada por esa IPS se ajustó a las normas y protocolos de la ciencia médica. Que la atención fue oportuna y se dispensó inclusive por especialistas médicos como el intensivista. Que se generaron una serie de actos médicos de acuerdo a los diagnósticos de la paciente, y que solo ante tales diagnósticos y complicaciones se ordenó la remisión inmediata de la paciente a una Institución que pudiese practicarle la angiografía coronaria, dado que al interior de esa IPS no era posible esa práctica.

Propuso las excepciones de inexistencia del nexo causal, carga de la prueba, insuficiencia de la prueba para demostrar perjuicios, irreal tasación de perjuicios, imposibilidad de aplicar indexación y la genérica.

1.3. AUDIENCIA INICIAL. (f.139-151 C.1.1 digitalizado)

El 19 de marzo de 2019 se llevó a cabo la audiencia inicial. En ella se resolvieron las excepciones previas, se fijaron los hechos del litigio y en esa oportunidad procesal el demandante **desistió de sus pretensiones en contra de la IPS Clínica la Sagrada Familia de la Caja de Compensación Familiar de Comfenalco Quindío, y en contra de la Sociedad Comercializadora de Insumos y Servicios Médicos S.A.S (SOCIOMÉDICOS S.A.S) IPS Clínica San Rafael**, las cuales en el acto aceptaron el desistimiento, así como hicieron lo propio los apoderados judiciales de las aseguradoras Previsora S.A. y Seguros Suramericana S.A., entidades llamadas en garantías por Comfenalco Quindío y la IPS Clínica San Rafael.

En virtud de ello, las pretensiones de la demanda continuaron únicamente frente al Hospital San Marcos de Chinchiná, La IPS Clínica del Café (DUMIAN MEDICAL S.A.S.) y la EPS SALUDCOOP.

Se agotó la etapa conciliatoria declarándose fallida y se decretaron pruebas.

1.4. AUDIENCIA DE PRUEBAS (f.220 – 283 C.1.1 digitalizado)

El 02 de julio de 2019 se llevó a cabo audiencia de pruebas donde se hizo control de la documental decretada, se ofició a la Universidad CES de Medellín para que realizara dictamen pericial, se recibieron los testimonios de la parte demandante, señores Lizeth Stepany Quintero Patiño, testimonio tachado por La Previsora S.A. Compañía de Seguros, Diego Gallego López y Hernán Alonso Taborda, este último testimonio tachado por la Clínica del Café. El 3 y 4 de julio del mismo año continuó la audiencia de pruebas, pero en ellas se desistieron pruebas testimoniales de las partes. Finalmente, el 10 de octubre de 2019 se llevó a cabo la contradicción del dictamen pericial y se corrió traslado para alegar.

1.5. Pronunciamiento sobre el traslado de excepciones:

La parte demandante no se pronunció frente a las excepciones propuestas. (C. 1.1. f.115)

1.6. ALEGATOS DE CONCLUSIÓN

1.6.1. La **IPS Clínica del Café (DUMIAN MEDICAL S.A.S.) (f.285-290 C.1.1 digitalizado)** Manifestó respecto de las pruebas practicadas, que el testigo Diego Gallego López no podría establecer el dolor, depresión ni ningún factor emocional de los demandantes, porque refirió que la última vez que compartió con los familiares de la señora María Victoria, fue cuando se encontró con Gloria Elena saliendo de la finca y simplemente se saludaron. Lizeth Stephany no supo decir quién es el propietario del vivero, o si los demandantes tenían depresión o no, antes del deceso de la señora Hincapié Correa, y que el testigo Hernán Alonso Taborda manifestó que el hijo de la señora María Victoria le ha comentado que va donde el psicólogo, por lo que simplemente es un testigo de oídas.

Reiteró que esa IPS desde el momento en que tuvo conocimiento de los reportes y patología de la paciente, autorizó todos los requerimientos, atenciones y remisiones requeridos por los médicos tratantes, pues tenía la obligación de recibir a la paciente, y fue a raíz de esa atención que realizó la remisión a la Unidad de Hemodinamia de la Sociedad Cardiovascular del Eje Cafetero para la práctica del examen de angiografía coronaria, sin que se observe impericia, negligencia o una prestación del servicio inadecuada.

1.6.2. La **E.S.E Hospital San Marcos de Chinchiná Caldas, (f.291-294 C.1.1 digitalizado)** refirió que, de acuerdo a lo indicado por la paciente, no existía algún síntoma que sugiriera presencia de un evento cardíaco, por lo que la conducta médica solo podía adelantarse bajo las manifestaciones iniciales de la paciente. Que pese a que no se encontraron en la historia clínica los electrocardiogramas tomados los días 05 y 08 de enero de 2014, lo cierto es que el reporte de los

resultados fue anotado en la historia clínica, y en todo caso fueron entregados a la paciente, sin que su no conservación por esa parte, sea un hecho que pueda endilgárseles como acto de responsabilidad extracontractual.

Que de acuerdo a lo indicado por el perito médico, no podía concluirse con certeza que la paciente tuviera un infarto desde el 5 de enero de 2014, pues solo hasta el día 8 de enero del mismo año se pudo llegar a esa conclusión, y de inmediato se le remitió para un centro hospitalario que contara con hemodinamia, cateterismo y cirugía cardíaca, pues ello es propio de centros de atención de tercer o cuarto nivel.

Que el reproche referido a que se remitió a la paciente a la Clínica del Café de Armenia que no tenía centro de Hemodinamia, fue un acto que obedeció a las reglas de referencia y contrarreferencia, y en ese sentido quien se encarga de la ubicación de los pacientes cuando se adopta la conducta médica de remisión y contrarremisión es responsabilidad única e indelegable de los responsables del pago que no son otros que los aseguradores o EPS, en este caso la EPS SALUDCOOP quien emitió código de autorización de remisión con pleno conocimiento de la patología que motivaba la remisión, de modo que al Hospital San Marcos le correspondía la obligación de transportar técnicamente y con el personal necesario a la paciente hasta la Clínica del Café, sitio que fue definido por la EPS SALUDCOOP y no por ese Hospital.

En virtud de ello, ese Hospital siempre actuó con la debida oportunidad y diligencia que se exigía en estos casos.

1.6.3. La Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa (f. 295-305 C.1.1 digitalizado). Se pronunció frente a las conclusiones del perito médico, que refirió que en la audiencia de contradicción oral que el manejo farmacológico dispensado a la paciente en el Hospital San Marcos fue parcialmente adecuado, considerando que el manejo fue realizado por un médico general y no un especialista. Que, si bien indicó que si un paciente con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, se encuentra dentro de las primeras 12 horas de los síntomas, el paciente tiene 120 minutos para ser atendido y realizarle un cateterismo, si ello no es posible debe suministrársele el medicamento trombólisis, sin embargo, no hay evidencia clínica que dé cuenta de que el Hospital contaba con ese medicamento y aun así no se lo suministraron pues generalmente los hospitales nivel I y II de atención no cuentan con ese fármaco, ni hay evidencia que la paciente estaba dentro de las primeras doce horas de la aparición de síntomas, pues no existe claridad cuándo empezó el dolor del infarto.

Que la paciente llegó a la SC IPS Chinchiná SaludCoop el 8 de enero a las 11:30 a.m. con presión torácica y cuando arribó al Hospital San Marcos ya eran las 02:08

p.m., por lo que ya habían pasado 120 minutos desde que la paciente se reportó por primera vez ese día y de nada hubiere servido la aplicación del medicamento.

Que aun cuando el perito indicó que no había razones para que en la consulta del 5 de febrero se haya ordenado un electrocardiograma y que es posible que las causas o síntomas que originaron su práctica no estén consignados en la historia clínica se tratan todas de afirmaciones especulativas, pues si bien es cierto que no se consignó manifestación de dolor precordial por parte de la paciente, era posible que el médico tratante *“con buen olfato hubiere sospechado la existencia del mismo y para descartar lo hubiere ordenado”*, y lo cierto es que el electrocardiograma salió con resultados normales.

Respecto de la acreditación de los perjuicios refirió que ninguno pudo acreditar procesalmente cuál era el aporte económico de la señora María Victoria y quiénes eran los beneficiarios de los ingresos de la misma y dado que la testigo Lizeth Stephanie indicó que la relación con el hijo de la fallecida viene de 4 años atrás, es claro que no tiene cómo determinar o comparar el antes y después de la actitud de Pablo Alejandro por la muerte de su progenitora.

Respecto del llamamiento en garantía efectuado por el Hospital San Marcos, recalcó que la póliza de seguro de responsabilidad civil clínicas y centros médicos 500-88-9940000000004 se rige por las condiciones generales No. 10112010-1502-75-RC-36, las cuales contemplan como exclusiones el lucro cesante, el daño moral, los perjuicios fisiológicos o de vida de relación y la responsabilidad civil extracontractual, pues el amparo se limita a cubrir el daño emergente causado.

De igual forma la cobertura de la póliza está sujeta a la cláusula Claims Made que precisa que el reclamo se haya hecho a la aseguradora durante la vigencia de la misma, sin embargo, en este caso, el reclamo ocurrió con ocasión de la audiencia de conciliación extrajudicial solicitada el 8 de enero de 2016 y celebrada el 05 de abril de 2016, es decir, fuera de la vigencia de la póliza.

En virtud de lo anteriormente anotado, solicitó negar las pretensiones de la demanda, así como las del llamamiento en garantía efectuado.

16.4. La **Previsora S.A.** llamada en garantía por la IPS Clínica del Café (**f. 2-8 C.1.2. digitalizado**) refirió al igual que la Aseguradora de Colombia que la encargada de la remisión de la paciente a la Clínica del Café no es esta misma, ni el Hospital del cual fue remitida, sino la EPS de conformidad con el artículo 47 del Decreto 4747 de 2017, de ahí que solo a partir de la aceptación y atención a la paciente fue que se determinó la necesidad de realizarle un cateterismo que fue practicado en la Unidad de Hemodinamia, y no al contrario, es decir, no se probó que la paciente

hubiere sido remitida a la Clínica del Café para realizarle un cateterismo, razón por la cual considera que la atención prestada por su asegurada fue completa y adecuada, razón por la cual se ratificó en los argumentos y excepciones planteados en la contestación de la demanda y del llamamiento en garantía.

1.6.5. La **parte demandante (f. 8 C.1.2. digitalizado)** hizo énfasis en que la historia clínica del 05 de enero de 2014 estaba diligenciada de forma insuficiente y presentaba incongruencias con la del 8 de enero de 2014, pues de acuerdo al perito los electrocardiogramas practicados a la paciente debían ser conservados por el hospital en la historia clínica durante 10 años. Que de acuerdo a lo expuesto por el perito médico en la audiencia de contradicción del dictamen, la señora MVHC murió de un infarto por las complicaciones secundarias a que el cateterismo y todo lo que se le hizo se realizó de forma tardía, porque la paciente pasó por varios hospitales.

Indicó que el perito también refirió que el Hospital San Marcos debió haber remitido a la paciente a un centro que contara con Hemodinamia, pues remitirla a una Clínica que no cuenta con este servicio, es prácticamente lo mismo que estar en cualquier sitio, y que la Clínica del Café debió decir que, si la paciente fue remitida para un servicio de hemodinámica y ellos no contaba con él, debieron decir que no estaban en capacidad de ofrecerle manejo a la paciente. Luego hizo referencia textual a cada una de las manifestaciones hechas por el perito en la audiencia de sustentación del dictamen pericial, para recabar en que a esa parte procesal le asiste razón en su pretensión de declarar a las entidades demandadas patrimonial y administrativamente responsables del daño a ellos irrogado con la precaria atención que, dicen, recibió la señora María Victoria Hincapié y que la condujo a la muerte. Así como insisten en que los perjuicios reclamados se encuentran debidamente probados y deben ser concedidos en la forma solicitada.

1.7. **Concepto del Ministerio Público:** No intervino en esta etapa procesal.

II. CONSIDERACIONES

2.1. Competencia y control de legalidad

El Despacho es competente para decidir el proceso por la naturaleza del asunto, la cuantía y el territorio (Arts. 155 y 156 del CPACA). Así mismo, se observa que no se ha incurrido en ninguna causal de nulidad que pueda viciar lo actuado, pues las partes tienen capacidad para comparecer al proceso, se encuentran debidamente representadas, la demanda se interpuso dentro de los términos legales, la parte demandada fue notificada adecuadamente, se corrió traslado de las excepciones, se celebraron las audiencias previstas en la ley, se recaudaron los medios probatorios decretados, y se corrió traslado a las partes para que presentaran sus

alegatos de conclusión, razón por la cual, es posible proferir sentencia que ponga fin a la primera instancia.

Se recuerda que al finalizar cada etapa procesal se efectuó el control de legalidad, sin que se encontraran errores que necesitaran de la adopción de medidas de saneamiento. No se advirtió la necesidad de adoptar correctivo alguno, las partes tampoco manifestaron la configuración de anomalías procesales. En consecuencia, cualquier posible irregularidad se tiene por saneada.

2.2. De la legitimación en la causa:

La jurisprudencia del Consejo de Estado ha determinado que la legitimación en la causa tiene dos dimensiones, la de hecho y el material. La primera surge de la formulación de los hechos y de las pretensiones de la demanda. En ese sentido, quien presenta el escrito inicial se encuentra legitimado por activa, mientras que el sujeto a quien se le imputa el daño ostenta legitimación en la causa por pasiva.

La legitimación material es condición necesaria para obtener decisión favorable a las pretensiones y/o a las excepciones, punto que se define al momento de estudiar el fondo del asunto, con fundamento en el material probatorio debidamente incorporado a la actuación.

Puntualizando que *“...tratándose del extremo pasivo, la legitimación en la causa de hecho se vislumbra a partir de la imputación que la demandante hace al extremo demandado y el material únicamente puede verificarse como consecuencia del estudio probatorio, dirigido a establecer si se configuró la responsabilidad endilgada desde el libelo inicial”*¹

2.1.1. De la legitimación en la causa por activa:

El Juzgado encuentra probada la legitimación material en la causa de los demandantes, al establecerse el parentesco entre la víctima directa e hijo, hermanas, y madre, con el registro civil de nacimiento de la víctima directa que la acredita como hija de la señora Libia Correa de Hincapié (C.1 f. 21), el registro civil de nacimiento de Juan Pablo Cardona que lo acredita como hijo de la señora María Victoria Hincapié, víctima directa en estas diligencias (f. 23), el de la señora Adriana Lucía Hincapié Correa (f. 25), y el de Gloria Elena Hincapié Correa (f. 26) que las acredita como hermanas de la señora MVHC..

2.1.2. De la legitimación en la causa de las demandadas:

¹ Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección A, C.P. Marta Nubia Velásquez Rico, dos (2) de agosto de dos mil dieciocho (2018), Radicación número: 63001-23-31-000-2010-00334- 01(45045).

En el caso bajo estudio, las acciones y omisiones invocadas a título de *causa petendi* permiten concluir que la E.S.E. Hospital San Marcos de Chinchiná, IPS Clínica del Café y Saludcoop EPS, se encuentran legitimados en la causa por pasiva de hecho, pues de lo narrado en la demanda se desprende que es a dichos entes a quienes se les imputa el daño objeto de la controversia. En relación con la legitimación material, se aclara que está por determinarse en el sentido de que la sentencia –denegatoria o condenatoria– no se analizará *ab initio*, sino al adelantar el estudio que permita determinar si existió o no una participación efectiva de esas entidades en la producción del daño antijurídico alegado por la parte actora y, en caso de ser así, se hará consecuentemente el análisis correspondiente a los llamados en garantía traídos a este proceso por dos de los demandados.

2.1.2.1. Liquidación de la EPS SALUDCOOP

Mediante Resolución No. 2414 del 24 de noviembre de 2015 la Superintendencia Nacional de Salud ordenó toma en posesión inmediata de los bienes, haberes, negocios y la intervención forzosa administrativa para liquidar a SaludCoop.

Dicha toma de posesión fue constantemente prorrogada mediante las Resoluciones 5687 del 20 de noviembre de 2017, 7808 del 8 de junio de 2018, 10895 el 22 de noviembre de 2018, 6229 del 21 de junio de 2019, 9172 del 15 de octubre de 2019, 252 del 24 de noviembre de 2021 y, finalmente, mediante la Resolución número 151 al 22 de julio de 2022 del Ministerio de Salud y Protección Social, la cual prorrogó la toma de posesión de los bienes, haberes y negocios, así como la intervención forzosa para liquidar a SaludCoop por el término de 6 meses, **del 25 de julio de 2022 al 24 de enero de 2023.**

Sobre el particular, el literal b) del artículo 9.1.3.5.10 previsto en el Capítulo 5 sobre reglas y procedimientos para el pago del pasivo a cargo de la institución en liquidación del Decreto 2555 de 2010 “*Por el cual se recogen y reexpiden las normas en materia del sector financiero, asegurador y del mercado de valores y se dictan otras disposiciones*”, prescribe que respecto de los procesos iniciados con posterioridad a la toma de posesión, como ocurre en este caso, que la demanda se presentó el 06 de abril de 2016, y la notificación del agente liquidador se llevó a cabo en octubre de 2016 (Ver f.293 y 432 C.1) que: “***cuando haya obligaciones condicionales o litigiosas originadas durante el proceso liquidatorio, se hará una reserva adecuada en poder del liquidador para***

atender dichas obligaciones si llegaren a hacerse exigibles, o mientras termina el juicio respectivo, según el caso. Terminada la liquidación sin que se haya hecho exigible la obligación condicional o litigiosa, la reserva se entregará al Fondo de Garantías de Instituciones Financieras FOGAFIN en calidad de mandato, o a una sociedad fiduciaria encargada de su pago”

De igual forma, el mentado artículo estableció en su inciso tercero que: ***“Las condenas que correspondan a reclamaciones que no fueron presentadas oportunamente serán pagadas como pasivo cierto no reclamado”.***

Revisada la Resolución No. 2083 de 2023 por medio de la cual el Agente Especial Liquidador, señor Felipe Negret Mosquera, declaró terminada la existencia legal de SALUDCOOP EPS OC EN LIQUIDACIÓN identificada con NIT 800250119-1, y se dispuso que no existe subrogatorio legal, sustituto procesal, patrimonio autónomo o cualquier otra figura jurídico procesal que surta los mismos efectos de la extinta entidad estableció en su apartado 3.3 que después del 16 de febrero de 2016 al 24 de enero de 2023 se calificaron y graduaron 12832 acreencias dentro de esta categoría para lo cual se estimó que dicho pasivo corresponde a SESENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL PESOS, se tiene que, conforme la normativa vigente si bien la mentada EPS terminó su existencia el 24 de enero de 2023, lo cierto es que la ley impone obligaciones a esas entidades en liquidación y futuramente liquidadas para no defraudar como la norma *ut supra* lo indica, el pago de obligaciones condicionales o litigiosas originadas durante el proceso liquidatorio, razón por la cual es posible emitir sentencia donde se defina la responsabilidad de esta EPS, pues la demanda se notificó al agente liquidador y por ley se debió constituir reserva para el pago del pasivo cierto no reclamado en caso de una sentencia condenatoria en contra de SaludCoop EPS.

2.3. Problema jurídico

Corresponde al Juzgado determinar si la muerte de la señora MVHC ocurrió como consecuencia de una negligente e indebida atención médica por parte de las entidades demandadas, o si, por el contrario, su deceso ocurrió por cuestiones propias de la patología que presentó, y no por una deficiente atención.

2.4. Responsabilidad del Estado por falla médica. Conceptos Generales

El Consejo de Estado ha sido reiterativo en el sentido de considerar que, con relación a la responsabilidad del Estado, la Carta Política de 1991 produjo su “*constitucionalización*” al erigirla como garantía de los derechos e intereses de los administrados y de su patrimonio, sin distinguir su condición, situación o interés².

De lo dispuesto en el artículo 90 de la Constitución, cláusula general de la responsabilidad extracontractual del Estado, se desprende que esta tiene como fundamento la determinación de un daño antijurídico causado a un administrado y la imputación del mismo a la administración pública, tanto por su acción como por su omisión, ya sea atendiendo a los criterios de falla en el servicio, daño especial, riesgo excepcional o cualquier otro título de imputación.

En ese sentido, la responsabilidad extracontractual del Estado se configura con la demostración del daño antijurídico, y su imputación a la administración.

En todo los casos, es decir, en todos los regímenes de imputación que ha construido la Jurisprudencia de la Jurisdicción Contencioso Administrativo, **el daño** consiste en el menoscabo del interés jurídico tutelado y la antijuridicidad en que él no debe ser soportado por el administrado, ya sea porque es contrario a la Carta Política o a una norma legal, o, porque es “irrazonable,” sin depender “*de la licitud o ilicitud de la conducta desplegada por la Administración*”³, siendo este, en todo caso, el primer elemento que se debe observar en el análisis de la responsabilidad estatal pues como lo ha reiterado la jurisprudencia de del Consejo de Estado “*sin daño no hay responsabilidad*” y solo ante su acreditación hay lugar a explorar la posibilidad de su imputación al Estado⁴.

En ese sentido, esa Alta Corporación⁵ ha establecido que resulta imprescindible acreditar los siguientes aspectos relacionados con la lesión o detrimento cuya reparación se reclama:

- i) Que el daño sea antijurídico, esto es, que la persona no tenga el deber jurídico de soportarlo, “*Con ello, entonces, se excluyen las decisiones que*

² Por ejemplo, en sentencia: Consejo de Estado. Sección Tercera. Subsección C. C.P: Jaime Orlando Santofimio Gamboa. Veintidós (22) de noviembre de dos mil diecisiete (2017). Radicación nº: 68001-23-31-000-2003-00169-01(38527).

³ Corte Constitucional, sentencia C-254 de 2003.

⁴ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencias del 13 de agosto de 2008, rad. 16.516 C.P. Enrique Gil Botero y del 6 de junio de 2012, rad. 24.633, C.P. Hernán Andrade Rincón, entre otras.

⁵ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencias del 13 de agosto de 2008, exp. 16.516 MP. Enrique Gil Botero y sentencia del 6 de junio de 2012 dictada por esta Subsección dentro del expediente No. 24.633, M.P. Hernán Andrade Rincón, reiterada en sentencia del 24 de octubre de 2017, expediente No 32.985B, entre otras.

se mueven en la esfera de lo cuestionable o las sentencias que contienen interpretaciones válidas de los hechos o derechos”⁶.

- ii) Que se lesione un derecho, bien o interés protegido por el ordenamiento legal.
- iii) Que el daño sea cierto, es decir, que se pueda apreciar material y jurídicamente y, por ende, no se limite a una mera conjetura.

En segundo lugar, se exige el juicio de **imputación**, que se refiere a la atribución fáctica y jurídica que del daño antijurídico se hace al Estado, de acuerdo con los criterios que se elaboren para ello, como por ejemplo el desequilibrio de las cargas públicas, la concreción de un riesgo excepcional, el régimen común de la falla del servicio o cualquiera otro que permita hacer la atribución del daño al Estado.

Más concretamente, en cuanto a la imputabilidad del daño, la Sección Tercera del Consejo de Estado en pleno señaló que como la Constitución Política de 1991 no privilegió ningún régimen de responsabilidad extracontractual en particular, tampoco podía la jurisprudencia establecer un único título de imputación a aplicar a eventos que guarden ciertas semejanzas fácticas entre sí, ya que éste puede variar en consideración a las circunstancias particulares acreditadas dentro del proceso y a los parámetros o criterios jurídicos que el juez estime relevantes dentro del marco de su argumentación.⁷

No obstante ello, la misma 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., siempre que se acredite la falla, el daño antijurídico y el nexo de causalidad entre aquella y éste.

Por tanto, en lo relativo a la imputación del daño, el régimen probatorio aplicable a los juicios por responsabilidad médica si bien evidenció modificaciones en la jurisprudencia del Consejo de Estado a lo largo de los años, pues a sus inicios fue adelantado bajo el régimen de falla probada del servicio, y más tarde se ajustó a los

⁶ Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Sentencia del 27 de abril de 2006, expediente: 14837 y 23 de abril de 2008, expediente: 16271. Reiterada por la Subsección A, en sentencia del 1 de marzo de 2018, expediente 52.097, y por la Subsección C, en sentencia del 7 de mayo de 2018, expediente 40.610. M.P. Jaime Orlando Santofimio Gamboa.

⁷ Consejo de Estado, S.C.A., Sección Tercera, Sala Plena, sentencia de 19 de abril de 2012, exp. 21515, C.P. Hernán Andrade Rincón, reiterada en la sentencia de 23 de agosto de 2012, exp. 23219, del mismo ponente.

supuestos de la falla presunta y, después, a los lineamientos teóricos de la carga dinámica de la prueba, lo cierto es que, tal y como lo ha sostenido el Consejo de Estado en reciente jurisprudencia⁸ el régimen probatorio regresó y ha estado sujeto al de falla probada: ***“lo que quiere decir que, en la actualidad, quien pretenda la reparación de un daño ocasionado como consecuencia del acto médico soporta la carga de probar la afectación y su imputación al órgano demandado. Así, para endilgar responsabilidad por daños derivados de la actividad médica la sola intervención -actuación u omisión- de la prestación médica no es suficiente para imputar al Estado los daños que sufran quienes requieran esa prestación, sino que es necesario que se encuentre acreditado que la misma fue constitutiva de una falla del servicio y que dicha falla fue causa eficiente del daño”***.

De ahí que, no pueda pasarse por alto la importancia de la carga de la prueba, pues a voces del Código General del Proceso: *“incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen”*. De manera tal que corresponderá a la parte activa del proceso demostrar los elementos para la configuración de la responsabilidad del Estado.

2.5. Estudio del Caso Concreto

2.5.1. De la probanza del Daño

Los demandantes incoaron medio de control de reparación directa contra las entidades que atendieron a la señora MVHC durante los días 5 de enero de 2014 al día 11 del mismo mes y año, toda vez que consideran que la atención en salud que le fue dispensada se hizo de forma negligente, tardía, y que no cumplió con los estándares de calidad fijados por el estado del arte de la ciencia médica vigente para la fecha de los hechos, lo que devino en el deceso de su familiar.

En efecto, a folios 22 del cuaderno 1 obra el Registro Civil de Defunción de la señora María Victoria Hincapié Correa, expedido el día 11 de enero de 2014. De igual forma, en la historia clínica de la IPS Clínica del Café se anotó que la paciente entró en paro cardiorrespiratorio, con colapso circulatorio, producto de lo cual fallece a las 10:02 del 11 de enero de 2014 (f. 152 C.1), de ahí que, en el asunto bajo examen se encuentre acreditado el daño alegado por las partes, traducido en el deceso de la señora María Victoria Hincapié Correa.

⁸ Ver sentencias Sección Tercera, del 31 de octubre de 2022 radicado No. 13001233100020070064701, Exp. (52016) C.P. Jaime Enrique Rodríguez Navas. Sección Tercera, sentencia del 7 de diciembre de 2021 radicado No. 7000123310002010003470 Exp. (60381) C.P. Nicolás Yepes Corrales

En virtud de la superación del primer elemento de la responsabilidad, el Juzgado pasará a analizar si dicho daño es imputable a las entidades demandadas, y por tanto, el actuar y omisión que se le endilga a las mismas fue la causa eficiente del daño, tal y como lo exige la jurisprudencia vigente del máximo Órgano de Cierre de la Jurisdicción Contenciosa Administrativa.

2.5.2. De la imputación del Daño

La parte demandante alegó tres hechos constitutivos de falla en el servicio médico dispensado a la señora María Victoria Hincapié Correa por parte del Hospital San Marcos de Chinchiná Caldas, de la Clínica del Café de Armenia Quindío, así como de la EPS SALUDCOOP, durante los días 05, 8 a 11 de enero de 2014.

En efecto, aseveró que el personal que atendió a la paciente el día 05 de enero de 2014 en el Hospital San Marcos de Chinchiná Caldas incurrió en un “ERROR Y MAL EN EL DIAGNÓSTICO”, “NEGLIGENCIA MÉDICA”, y “DILACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO Y TRABAS ADMINISTRATIVAS”. (f.14-15 C.1)

Para ello el Juzgado analizará de forma separada la atención recibida por la paciente el día 05 de enero y la del 08 de enero de 2014 en el Hospital San Marcos de Chinchiná Caldas, y por último la dispensada por la IPS CLÍNICA DEL CAFÉ durante los días 8 al 11 de enero de 2014.

2.5.2.1. Atención médica recibida por la señora MVHC el día 05 de enero de 2014 en la E.S.E Hospital San Marcos de Chinchiná.

Aseveró la parte demandante que el Hospital San Marcos de Chinchiná incurrió en “ERROR Y MAL EN EL DIAGNÓSTICO”, pues de acuerdo a la sintomatología presentada por la paciente el día 05 de enero de 2014, el médico tratante debió haberla dejado como mínimo 7 horas en observación, y dependiendo del reporte del electrocardiograma, la troponina, la presión y de si refería dolencia alguna o no, determinar si daba de alta a la paciente, la dejaba internada, o la remitía a hospitalización.

De igual forma consideró que se presentó una “NEGLIGENCIA MÉDICA”, puesto que el Dr. Orozco *“omitió realizar exámenes que le permitieran descartar cualquier eventual patología que podía o no ser de alto riesgo, pero que como en el caso concreto fue de alto riesgo; es por lo anterior que desatendió dichos postulados y su actuar fue omisivo y negligente en tanto que no utilizó los recursos -humanos, tecnológicos y administrativos- para prestar una atención bajo los parámetros posibles y ordenados por la experticia médica”*.

En ese sentido, aseveró:

*“(..) **en la historia clínica no hay constancia alguna de que se le hayan realizado exámenes**, exploraciones y análisis **que conllevaran a descartar medicamente cualquier otra patología diferente a la diagnosticada como psicológica-emocional** (...) prueba adicional de lo anterior, es que el médico cardiólogo Carlos Mauricio Burgos le manifestó al señor Pablo Alejandro que la señora María había padecido previo a la realización del cateterismo dos o más infartos que habían provocado un trombo en una arteria del corazón y que -eso si no lo dijo el Dr. Burgos- claramente conllevaron al fallecimiento de la familiar de mis poderdantes.*

Ahora, ante una sintomatología como la referida por la señora María Victoria debía el médico de turno monitorearla, tomarle la presión, el ritmo cardíaco e incluso en caso de qué fuera asintomática debía el médico tratante dejar en observación a la señora María Victoria por un término mínimo de siete horas y dependiendo del reporte del electrocardiograma, la troponina, la presión y de sí seguía o no refiriendo dolencia alguno debía sólo a partir de ese momento dar de alta o continuar internada incluso remitirla para hospitalización.

Es por todo lo anterior, que para el suscrito no cabe duda alguna de que la génesis del daño -muerte- fue el indebido y erróneo diagnóstico, pues si bien no todas las patologías son necesariamente corregibles y tratables, para el caso concreto y del análisis médico se puede colegir que de haberse realizado un adecuado diagnóstico y un posterior tratamiento en debida forma, si hubiera existido un alto grado de certeza sobre la mejoría de la salud de María Victoria, por ende este sería el momento en que la señora María Victoria viviría”⁹ (Resaltado del Juzgado.)

De acuerdo a la hoja de “ATENCIÓN DE URGENCIAS” que reposa en el expediente¹⁰, la señora María Victoria Hincapié Correa ingresó al servicio de urgencias del Hospital San Marcos de Chinchiná Caldas, el día 05 de enero de 2014 a las 07:30 de la mañana con motivo de consulta “Desespero” y con **“cuadro clínico de 12 horas de evolución consistente en “desespero” “sensación de angustia”, “ganas de llorar”, “no tengo sueño” por tal motivo es traída al servicio de urgencias (Refiere problemas económicos)”**. Negrita del Juzgado.

⁹ F. 13 C.1

¹⁰ Ff. 95-96 C.1.1

Luego, a diferencia de lo que refiere el apoderado de la parte demandante, a la paciente si se le tomaron signos vitales, anotándose TA¹¹: 130/80 Fe¹²: 12X, T¹³:36.5 y ST02¹⁴: 97.2%. Se le examinaron pupilas, mucosas; se anotó que los *“Ruidos cardiacos rítmicos sin soplo de buen tono timbre e intensidad”* y se le diagnosticó con *“Episodio Depresivo F313”*. Como plan a seguir, **se indicó dejar en observación y realización de EKG (Electrocardiograma).**

A las **16:30 horas**, es decir, transcurridas **9 horas** desde su ingreso al servicio de urgencias, la señora María Victoria **estuvo todo el tiempo en observación** y se le realizó un **electrocardiograma**, se anotó nuevamente toma de signos vitales que estaban en los mismos resultados de la toma efectuada a las 07:30 a.m., y se indicó que la paciente estaba en *“Buenas Condiciones Generales”* y que el resultado del electrocardiograma practicado salió en límites normales: ***“EKG: en límites normales se le informó a la paciente y a la familia la necesidad de acudir mañana a su EPS para seguir estudio”***¹⁵. Negrita del Juzgado.

En dicha hoja de atención de urgencias no se entiende qué profesional de la salud atendió a la paciente, pues solo reposa la firma. Sin embargo, ante petición elevada por la parte demandante ante el Hospital demandado en enero 22 de 2014, se indicó por parte de este centro hospitalario que el médico que había atendido a la señora MVHC fue el profesional de la salud Néstor Orozco. (f.131 C.1).

Hasta aquí toda la atención dispensada ese domingo 05 de enero de 2014 a la señora María Victoria Hincapié Correa, donde el Juzgado evidencia varias situaciones que difieren de lo expuesto por la parte demandante: a la paciente si se le tomaron signos vitales; si se dejó en observación y no por mínimo 7 horas como lo reclamó la parte demandante debió haber hecho ese Centro Hospitalario, sino por 9 horas; si se le practicaron exámenes para descartar que únicamente se tratara de una enfermedad psiquiátrica o asociada a su estado de ánimo, precisamente se le practicó un electrocardiograma.

No resulta ser cierto que la atención dispensada en esa fecha se limitó a diagnosticarla con episodio depresivo y enviarla para su casa sin realizarle ningún examen diagnóstico, y sin haberla dejado en observación, que ha sido lo alegado por la parte actora desde el inicio del proceso, porque como se ve de la historia clínica que reposa en el expediente a la señora MVHC sí se le dejó en observación y sí se le practicó un examen que mostraría de forma fehaciente si para ese momento cursaba o no con un problema cardíaco, y al salir el resultado del mismo

¹¹ Tensión Arterial

¹² Fracción de Eyección del Ventrículo izquierdo

¹³ Temperatura

¹⁴ Saturación de Oxígeno

¹⁵ Ver Historia Clínica de folios 95 a 96 Cuaderno 1.1

“en límites normales”, se le dio de alta con indicación de **“acudir mañana a su EPS para seguir estudio”**.

Sin embargo, la paciente no acudió a su EPS al día siguiente, 6 de enero de 2014, y se manifiesta en la demanda que ello tuvo su razón de ser en que ese día era festivo, y la demandante no pudo pararse de la cama, situación que de entrada reprocha este Juzgado, pues si la paciente se continuó sintiendo mal al día siguiente de la primera atención, con mayor razón debió ser trasladada por sus familiares cuanto antes a un centro médico a que recibiera la atención oportuna, cosa que se reitera no ocurrió, ya que lo acaecido entre el día 05 de enero, y el día 08 de enero de 2014, que es la fecha de la reconsulta, se sabe solamente por manifestación que hizo la parte actora entre los hechos sexto a octavo del libelo genitor.

Se dijo que el día lunes festivo, 6 de enero de 2014, la señora MVHC *“no logró levantarse de la cama manifestando que no tenía fuerzas suficientes -desaliento generalizado-, ni tampoco resistía la ingesta de alimentos”*. Que sus familiares al ver que el día 7 de enero continuaba con la misma sintomatología, solicitaron telefónicamente cita médica a SALUDCOOP EPS, la cual fue agendada para el miércoles 8 de enero de 2014. Que en esa fecha la atendió la médica general Isabel Patricia Fuentes López en la IPS SALUDCOOP de Chinchiná, la cual ordenó la remisión inmediata de la paciente al servicio de urgencias del Hospital San Marcos de Chinchiná, hecho que no se encuentra documentado en el expediente, pues al mismo no fue aportado historia clínica que dé cuenta de esa atención y frente al cual las demandadas refirieron no constarle (f. 8, 76 C.1.1), sin embargo, de la anotación hecha a las 01:14:14 p.m. en la Historia clínica del Hospital San Marcos se anotó como motivo de consulta ***“MC REMITIDA DE CONSULTA EXTERNA”***, por lo que la historia clínica del Hospital San Marcos si dio cuenta de esa remisión, aunque no se haya anotado de qué consulta externa fue remitida **-qué IPS- ni por qué razón no se le prestó atención inmediata a la señora María Victoria en la aludida por los demandantes -IPS CLÍNICA SALUDCOOP de Chinchiná-**.

Como en el acápite siguiente se verá, la señora María Victoria Hincapié Correa si presentó un infarto agudo del miocardio con elevación del segmento ST. Sobre la génesis y duración del mismo, se tiene que a folios 106 del cuaderno 1.1 digitalizado se anotó en la historia clínica del 8 de enero de 2014 que la paciente fue remitida de consulta externa ***“CON CUADRO CLÍNICO DE APROX 12 HRSD E EVOLUCIÓN (sic) DE DOLOR TORACICO OPRESIVO GENERALIZADO DESDE EPIGASTRIO HASTA BOCA MUY INTENSO ASOCIADO A MALESTAR GENERAL, ASTENIA, ADINAMIA, SENSACIÓN DE DESVANECIMIENTO Y DISNEA, ORINAS HIPERCOLORADAS, FETIDAS, EMESIS”***. Mientras en la historia clínica visible a folios 100 se anota que el cuadro clínico de dolor precordial viene de **tres días de evolución**.

En este punto el Juzgado debe precisar que, **de acuerdo a los síntomas descritos por la paciente y el examen electrocardiográfico** que le hicieron y que consta en la hoja de atención de urgencias, al menos para la fecha y hora que se practicó ese examen -enero 05 de 2014-, **ese día y hora no cursaba un infarto agudo del miocardio.**

Si luego de haber sido dada de alta el día 5 de enero por haber presentado un electrocardiograma en límites normales y luego de haber permanecido en observación durante 9 horas, la paciente continuó sintiéndose mal, y en ese orden de ideas, para el 8 de enero cuando la vuelvan a atender, han transcurrido 3 días con dolor y malestar, son hechos ciertos que refirió la señora MV, y que este despacho no tiene por qué desconocer o contradecir, pero que de ninguna manera pueden imputarse al Hospital demandado como causa eficiente del daño alegado, y que de ninguna manera pueden constituir prueba de un actuar defectuoso, cuando al contrario, lo que se evidencia es que fue atendida en debida forma, de acuerdo a los síntomas que presentaba para ese momento y a los resultados de los exámenes hasta ese momento practicados.

Cosa contraria, es que al haber consultado nuevamente el día 6 y 7 de enero de 2014 con síntomas diferentes, como el dolor precordial por el que luego si consultó el 8 de enero de 2014, se le hubiere dado nuevamente dado de alta o se le hubiere diagnosticado con otra patología diferente a una enfermedad coronaria, **pero como ello no ocurrió**, no puede este Juzgado sin fundamento fáctico alguno concluir que la señora María Victoria Correa para el día 05 de enero de 2014 estaba infartada y la diagnosticaron y atendieron mal porque ello no se acompasa con las evidencias que reposan en el expediente, pues como se verá existió una falla en el diligenciamiento de la historia clínica sin que ello tenga la entidad de arribar a la conclusión de que para ese día la señora María Victoria ya estaba cursando un infarto no detectado.

El médico especialista en Cardiología, Doctor Sebastián Naranjo Restrepo¹⁶, en la audiencia de contradicción del dictamen pericial rendido en audiencia de pruebas celebrada el 10 de octubre de 2019 (f.281-283 C.1.1) refirió sobre la materia objeto de dictamen, no entender la razón por la cual se le ordenó a la señora MVHC la realización de un electrocardiograma si la paciente no refirió dolor precordial.

¹⁶ quien se identificó como Médico General en el año 2009, especialista en medicina interna en el año 2015, y especialista en Cardiología de la Universidad CES en el año 2017, -los cuales se acreditan con la documentación visible de folios 269 a 272 del mismo expediente-, informó al Juzgado que en esa esa misma Universidad trabaja como docente, y simultáneamente es empleado de la clínica las Vegas del Hospital General de Medellín, en una empresa que se llama CES CARDIOLOGÍA, que es propiedad de la misma Universidad. Ver presentación del perito de minuto 07:06 en adelante del audio "1700133330012016_00106_01.mpg".

Así, ante la pregunta que le hiciera el Despacho referida a: *“Si no hay nada en la historia clínica, que haga pensar la necesidad de ordenar un electrocardiograma, ¿qué tan usual es que pese a eso se ordene ese electrocardiograma? Respuesta del perito: “No usual no es, nada, usual no es, pues el paciente no tiene nada que me diga que está pasando en el corazón uno manda un electrocardiograma, pues como no se usa”*¹⁷ y acota además, que no sabe si la historia clínica estaba “incompleta”¹⁸.

De igual forma en **el dictamen pericial escrito** y que se encuentra inserto en el expediente (**f.263-268 C.1.1**), refirió textualmente lo siguiente:

“CONCLUSIÓN PERICIAL

La paciente María Victoria Hincapié se presentó al servicio de urgencias el día 5 de enero de 2014, sin embargo, existen varias inconsistencias en la historia clínica que se suministra.

*De este día sólo se tiene una historia clínica del hospital de San Marcos **escrita a mano??**, De 2 páginas, en donde dice que la paciente consulta por “desespero”, “sensación de angustia”, “ganas de llorar”, se hace diagnóstico de TAB y episodio depresivo. En ninguna parte se menciona dolor precordial, sin embargo, ¿se ordenó un electrocardiograma? Posteriormente en historia clínica refieren entrecomillas MK G en límites normales y dan alta para continuar manejo por su EP ese no tengo más información sobre ese día que la anterior **expuesta a mano**. Por lo tanto, difícil de terminar con esta historia si estábamos o no coronario agudo.”*¹⁹

El perito antes de comenzar con la sustentación del dictamen escrito reseñó la siguiente: ***“Nota: es importante aclarar que en el caso a analizar no se adjuntaron los electrocardiogramas realizados a la paciente, el día 5 de enero de 2014 (primera visita a urgencias, donde se dio de alta con diagnóstico de episodio depresivo) en donde sólo hay un reporte de “EKG en límites normales”, ni el electrocardiograma del día 8 de enero de 2014 donde se realizó el diagnóstico de infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, lo anterior, para poder corroborar si los datos médicos expresados en la historia clínica concuerdan con los hallazgos***

¹⁷ Del minuto 55:45 al minuto 54 audiencia de pruebas del audio identificado en el expediente con el número “1700133330012016_00106_01.mpg” en audiencia de pruebas del 10 de octubre de 2019 (f.281-283 C.1.1)

¹⁸ Audio “1700133330012016_00106_01.mpg” a partir del minuto 15:10

¹⁹ F. 266 Cuaderno 1.1.

electrocardiográficos correctamente. Por lo tanto, nos basamos solo en la historia clínica escrita por los médicos que atendieron el caso”.²⁰

Sobre la posesión, registro y custodia de este tipo de exámenes, la Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud “*Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica*”, define este instrumento como “*un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención*”, el cual debe cumplir con los requisitos de **i) integralidad**: pues debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, **ii) Secuencialidad**: ya que los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención, **iii) Racionalidad científica**: pues se debe cumplir con la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo, **iv) Disponibilidad**: como la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley, y **v) Oportunidad**: que se refiere al diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.²¹

Además, el articulado **consagra la obligatoriedad de que los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen directamente en la atención a un usuario, registren sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrollada** (Art. 4 *ibidem*).

Por su parte, el artículo 8° de la mentada normatividad refiere que “***Son componentes de la historia clínica, la identificación del usuario, los registros específicos y los anexos.***”.

Seguidamente, el artículo 11 de la misma normatividad define los “anexos” de la siguiente forma:

“ARTÍCULO 11.- ANEXOS.

²⁰ F. 264 Cuaderno 1.1.

²¹ Art. 3 ut supra.

Son todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas al usuario en los procesos de atención, tales como: autorizaciones para intervenciones quirúrgicas (consentimiento informado), procedimientos, autorización para necropsia, declaración de retiro voluntario y demás documentos que las instituciones prestadoras consideren pertinentes.

PARAGRAFO PRIMERO. *Los reportes de exámenes paraclínicos podrán ser entregados al paciente luego que el resultado sea registrado en la historia clínica, en el registro específico de exámenes paraclínicos que el prestador de servicios deberá establecer en forma obligatoria para tal fin.*

PARAGRAFO SEGUNDO. *A partir de la fecha de expedición de la presente resolución, en los casos de imágenes diagnósticas, los reportes de interpretación de las mismas también deberán registrarse en el registro específico de exámenes paraclínicos y las imágenes diagnósticas podrán ser entregadas al paciente, explicándole la importancia de ser conservadas para futuros análisis, acto del cual deberá dejarse constancia en la historia clínica con la firma del paciente.*

PARAGRAFO TERCERO. *Los archivos de imágenes diagnósticas que hasta la fecha existen en las Instituciones Prestadoras de servicios deberán conservarse de acuerdo a los tiempos fijados en el artículo 15 de la presente resolución. Los prestadores de servicios podrán efectuar la entrega de las imágenes que reposan en estos archivos, al usuario, dejando constancia de ello en la historia clínica.*

PARAGRAFO CUARTO. *En todo caso el prestador de servicios será responsable de estas imágenes, si no ha dejado constancia en la historia clínica de su entrega. Cuando existiere esta constancia firmada por el usuario, será este último el responsable de la conservación de las mismas”* Negrita y resaltado fuera de texto original.

La ciencia médica ha definido los i) exámenes paraclínicos como “pruebas de apoyo diagnóstico que contribuyen a la toma de decisiones y evaluación de resultados por el parte médico”, o como “pruebas que se realizan a una persona para: i) confirmar un diagnóstico, ii) descartar una patología, iii) método de Cribado, chequeo o preventivo, y iv) control metabólico”²², mientras

²² Semiología Médica. Asignatura Propedéutica, Semiología y Diagnóstico Físico. Universidad de Pamplona 2020-2021. Tomado de la página web

que las ii) **imágenes diagnósticas** se definen como el “conjunto de estudios, que mediante la tecnología, obtienen y procesan imágenes del cuerpo humano. Para entender mejor los conceptos básicos y generalidades, se llevó a cabo una revisión de la literatura correspondiente para recopilar información sobre la historia, mecanismos de generación de imagen, términos, indicaciones y contraindicaciones, así como ventajas y desventajas de los estudios por imagen que actualmente se utilizan con mayor frecuencia, **como, Rayos X; Ultrasonido; Tomografía Computarizada (TC) y Resonancia Magnética (RM).**”²³ Negrita y resaltado fuera de texto original.

De lo anterior, se tiene que el electrocardiograma se debe catalogar como un **examen paraclínico** que de acuerdo al parágrafo segundo del artículo 11 de la Resolución 1995 de 1999 “**podrán ser entregados al paciente luego que el resultado sea registrado en la historia clínica, en el registro específico de exámenes paraclínicos que el prestador de servicios deberá establecer en forma obligatoria para tal fin.**”

Sobre este punto, el perito médico indicó en audiencia de pruebas del 10 de octubre de 2019 frente a pregunta del apoderado de la parte demandante sobre si era deber de los hospitales conservar los electrocardiogramas, que:

“lo que yo tengo entendido es que los hospitales al igual pues que el paciente y todos deben conservar los electrocardiogramas, no sé cuánto es el tiempo, tengo entendido, pero no tengo pues de dónde, pero más o menos diez años se debe guardar pues la historia clínica electrónica como las cosas pues, muchas veces uno va al hospital y el paciente estuvo en una clínica y si yo sé que el paciente estuvo, me puedo remitir a la historia clínica antigua y solicitar pues los electrocardiogramas, pero también en muchas ocasiones los pacientes los tienen en su poder, pienso que es de parte y parte”²⁴

Se evidencia de la anterior respuesta que la sapiencia sobre el tema específico no la tenía completamente clara el perito pues hizo referencia a lo que cree, y no a lo que es, por manera que no puede atenerse el Juzgado a esta respuesta para dilucidar el tema como lo pretende la parte actora, pues se basa en suposiciones y creencias y no en un conocimiento fidedigno del tema en cuestión.

Por ello, atendiendo lo dispuesto en la Resolución 1955 de 1999 que diferencia entre exámenes paraclínicos e imágenes diagnósticas, y **en cuanto a los primeros solo**

<https://www.studocu.com/co/document/universidad-de-pamplona/propedeutica-semiologia-y-diagnostico-fisico/paraclnicos-examenes-paraclnicos/20982780> el 17 de marzo de 2023

²³ Raudales Díaz, Ilse Raquel. IMÁGENES DIAGNÓSTICAS: CONCEPTOS Y GENERALIDADES. Revista Facultad de Ciencias Médicas. Junio de 2014.

²⁴ Minuto 23:40: a 24:36 Audio “1700133330012016_00106_01.mpg”.

establece que serán entregados al paciente luego que el resultado sea registrado en la historia clínica, mientras que respecto de los segundos advierte que los prestadores de servicios solo podrán efectuar la entrega al usuario de las imágenes que reposan en estos archivos dejando constancia de ello en la historia clínica y que si no se ha dejado constancia en la historia clínica de su entrega, con constancia firmada por el usuario, será el prestador el responsable de la conservación de las mismas, **se tiene que no estuvo contrario a la norma médica que el electrocardiograma fuera entregado a la señora María Victoria Hincapié Correa**, tal y como lo certificó el Coordinador Médico del Hospital San Marcos²⁵, pues lo único que la norma exige es que el resultado sea registrado en la historia clínica, registro que en efecto se hizo al indicarse “EKG en límites normales”.

Ahora bien, sobre la suficiencia del resultado que se registra en la historia clínica, o la forma en que debe consignarse ese resultado, se tiene que no existe un derrotero legal para ello.

En el portal “MY EKG, La Web del Electrocardiograma”²⁶ se expone lo que el médico debe revisar al momento de la lectura del mismo, y contiene algunos ejemplos para registro del mismo.

Así, en dicha web se precisa que la secuencia para leer un electrocardiograma debe empezar por revisar **i) la frecuencia cardíaca** para saber si se está en presencia de una taquicardia, una bradicardia o una frecuencia cardíaca normal, luego revisar el **ii) ritmo cardíaco**, para determinar si los complejos QRS son rítmicos. Se continúa analizando el **iii) Intervalo PR**, es decir, se debe “*medir el intervalo PR (el cual es normal entre 0.12 s y 0.20 s) desde el inicio de la onda P hasta el inicio del QRS*”. Seguidamente se revisa el **iv) Intervalo QT**: *el cual debe estar entre 350 ms y 440 ms*, luego el **v) Eje Eléctrico Cardíaco**: en el cual se debe determinar si el complejo QRS de las derivaciones I y aVF es positivo”. Finalmente se deben **vi) valorar todas las ondas e intervalos**: “*para finalizar se deben valorar cada una de las ondas e intervalos del electrocardiograma que no hayamos valorado previamente*”.

Luego, se indica que, analizadas estas variables, se propone una forma completa de registrar en la historia clínica un electrocardiograma de la siguiente manera:

“electrocardiograma rítmico, en ritmo sinusal, con frecuencia cardíaca de 80 lpm. Intervalos PR y QT normales, con eje normal a 45°, sin alteraciones del segmento ST o de las demás ondas e intervalos.

²⁵ Certificación de entrega de examen a la paciente, ver f. 280 C.1.1

²⁶ Tomado de <https://www.my-ekg.com/como-leer-ekg.html>

Este es un electrocardiograma completo. Pero si desea informar un electrocardiograma con más detalles, podría citar cada una de las ondas, segmentos e intervalos. Por ejemplo:

Electrocardiograma rítmico, en ritmo sinusual, con frecuencia cardíaca de 80lpm, onda P positiva en todas las derivaciones menos en aVR, seguidas de QRS estrecho con eje cardíaco normal a 45°. Intervalo PR normal, de 0.15 s. QT corregido normal de 400 ms, segmento ST isoeléctrico, sin alteraciones significativas, onda T positiva en todas las derivaciones excepto en aVR. No hay presencia de ondas Q patológicas.”

En la hoja de atención de urgencias del día 05 de enero de 2014 se registró **“EKG en límites normales”²⁷** de lo cual podría decirse **que se registró el resultado, pero no de forma completa** como lo sugiere el ejemplo acabado de citar donde se indicó por ejemplo cómo está el ritmo, la frecuencia y los intervalos PR y QT del examen.

También es cierto que no se indicó la razón de prescribir la realización del electrocardiograma, pues se anotó que las conductas a seguir en el tratamiento y atención de la paciente serían dejarla en observación y realizar un electrocardiograma, por lo que podría decirse que no se cumplió con el requisito de integralidad que contempla el artículo 1° de la Resolución 1995, ni con la obligatoriedad que tiene el personal médico de registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados en la HC, tal y como lo prescribe el artículo 4°, que a la letra consagra:

“ARTÍCULO 4.- OBLIGATORIEDAD DEL REGISTRO. Los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen directamente en la atención a un usuario, **tienen la obligación de registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas,** conforme a las características señaladas en la presente resolución.”

En efecto, el perito médico indicó en audiencia que **“Lo único que a mi me queda duda es si el paciente tenía o no el infarto o consultó por infarto el 05 de enero o todo fue desde el 08 de enero, pero eso sin los electrocardiogramas y con la historia clínica pues que se me aportó, es imposible pues que yo determinar que lo tuviera desde el 05, el 08 si lo tenía, eso si queda claro por lo que dice en las historias que el 08, eh y en la misma historia clínica decía que el**

²⁷ F. 96 C.1.1

paciente venía tres días atrás con dolor, pero en la historia de los tres días atrás no dice que tuviera dolor, entonces ahí hay una incongruencia entre el médico que lo atendió el 05 y el médico que lo atendió el 08, porque el médico del 05 no dice que tenía dolor, y el médico del 08 dice que llevaba tres días con dolor, entonces es difícil de determinar cuándo empezó el paciente, o desde cuándo venía el infarto, pero evidentemente pues sufrió un infarto y se murió por las complicaciones secundarias a que el cateterismo y todo lo que se le hizo pues lastimosamente pues fue tardío y tuvo que pasar como por varios hospitales²⁸

Debe deslindarse de manera clara desde los albores de esta providencia, que una cosa es que la historia clínica adolezca de registros completos y minuciosos de los porqués de lo ordenado, y del registro minucioso de un resultado de un electrocardiograma, **y otra que lo allí consignado sea una falsedad.**

En ese sentido, no puede considerarse que los síntomas descritos en esa consulta como de ***“cuadro clínico de 12 horas de evolución consistente en “desespero” “sensación de angustia”, “ganas de llorar”, “no tengo sueño”*** no correspondan a lo verdaderamente manifestado por la paciente en esa fecha, ni tampoco puede decirse, pues no existe prueba de ello, que el resultado de un EKG en límites normales allí referido no se corresponda con la realidad fáctica.

Considerar que los síntomas relacionados por el médico Néstor Orozco en la hoja de atención a urgencias del 05 de enero de 2014 son falsos, inventados, que no corresponden a la realidad y que no fueron los estrictamente manifestados por la paciente en esa fecha, así como el registrar ***“EKG en límites normales”*** tampoco se acompasa con la realidad fáctica, comportaría para el Juzgado entrar en una atribución de responsabilidades, además de administrativas, en responsabilidades penales, donde lo que más relevante resulta determinar de manera jurídica ¿cómo obtuvo tales conclusiones el Juzgado?. Será porque en efecto ¿existe prueba fehaciente que demuestre que son falsas tales anotaciones realizadas en la hoja de atención?, o ¿porque lo debe concluir así el juzgado debido a la falta de cuidado que se tuvo en consignar expresamente en ese documento la razón de la prescripción del electrocardiograma sin referirse dolor precordial, y por no anotarse de forma más específica el resultado del electrocardiograma? Si se llegase a tal conclusión, el porqué de la misma no sería más que la segunda respuesta, y el Juzgado estaría imputando responsabilidades administrativas y penales con fundamento en la omisión de estos dos datos en la hoja de atención de urgencias y no con fundamento en pruebas fehacientes allegadas o practicadas en el proceso.

²⁸ Minuto 21:07 a 22:24 Audio “1700133330012016_00106_01.mpg”.

Se recalca, si el **“cuadro clínico de 12 horas de evolución consistente en “desespero” “sensación de angustia”, “ganas de llorar”, “no tengo sueño”** fueron los síntomas descritos por la paciente a su médico tratante, y aun así este le prescribió dejarla en observación por más de 9 horas y realizarle un electrocardiograma, luego de lo cual consignó que había arrojado resultado en límites normales y que la paciente podía ser dada de alta, el Juzgado debe dar fe de ello, pues no tendría esta judicatura ningún elemento probatorio para concluir lo contrario, y aseverar que está probado que para esa fecha la paciente ya cursaba un infarto agudo al miocardio, como es la tesis enarbolada en este proceso por parte de los demandantes, y la duda que dice el perito le queda, pues ello sería tanto como afirmar que el registro del resultado del electrocardiograma consignado en la hoja de atención de urgencias el día 05 de enero de 2014 es contrario a la verdad y que, en realidad, para ese día el electrocardiograma reflejaba inconsistencias que le permitían al galeno tratante diagnosticar a la paciente con una enfermedad coronaria y no con una enfermedad depresiva, pero valiéndose únicamente el Juzgado para llegar a tal conclusión, de errores y omisiones en el registro de la historia clínica. Es decir, utilizando una conjetura como medio de convicción para aseverar que en realidad el resultado anotado es falso, y la paciente para esa fecha ya cursaba con una enfermedad coronaria.

En ese sentido, si bien se debió anotar en la historia clínica la razón, el porqué de ese electrocardiograma y su resultado consignarse con más detalle, ello de ninguna manera es indicativo de una falla del servicio que deba **resarcirse por ser la causa eficiente del daño alegado en este proceso**, porque contrario al análisis que debe tener este tipo de responsabilidades, que como ya se vio es **el subjetivo de falla probada del servicio**, llegar a la conclusión defendida por la parte demandante, **implicaría adoptar para este caso un régimen objetivo**, que permitiera atribuir la responsabilidad extracontractual del estado y de un particular en la muerte de la señora MVHC **por la solo falta de precisión de la historia clínica**, esto es, por no anotar la razón del porqué se prescribía el electrocardiograma y no anotar su resultado de manera precisa, pues, a diferencia de lo que alega la parte actora, ante los síntomas y los resultados anotados **no puede considerar esta judicatura que se erró en el diagnóstico atribuido, y al contrario, el mismo obedeció a esos síntomas y a los resultados de ese examen**.

Los anteriores errores en el diligenciamiento de la historia clínica de ninguna manera pueden considerarse como la **“causa eficiente”²⁹** del daño que se imputa en este caso, daño traducido como la muerte de la señora María Victoria Correa Hincapié, pues recordemos que el Consejo de Estado ha sido enfático en decir que **“la sola intervención -actuación u omisión- de la prestación médica no es suficiente**

²⁹ Consejo de Estado, Sección Tercera. Sentencia del 31 de octubre de 2022. Radicado: 3001233100020070064701. Número Interno 520196. M.P Jaime Enrique Rodríguez Navas

para imputar al Estado los daños que sufran quienes requieran esa prestación, sino que es necesario que se encuentre acreditado que la misma fue constitutiva de una falla del servicio y que dicha falla fue causa eficiente del daño³⁰. En consecuencia, quien pretende la declaración de responsabilidad del Estado por daños derivados de la actividad médica debe acreditar la falla, el daño antijurídico y el nexo de causalidad existente entre ellos.

En ese sentido, del análisis de la atención dispensada a la señora MVHC el día 05 de enero de 2014 no puede el Juzgado imputar el daño alegado, al actuar o la omisión de las demandadas, por lo que el examen de imputación debe continuar con la atención que la paciente recibió a partir del momento que reconsultó el servicio médico del Hospital San Marcos el día 08 de enero de 2014.

2.5.2.2. Atención médica recibida por la señora MVHC el día 08 de enero de 2014 en la E.S.E Hospital San Marcos de Chinchiná y en la IPS Clínica del Café de Armenia.

Como tercer falla endilgada a las entidades demandadas la parte actora alegó ***“DILACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO Y TRABAS ADMINISTRATIVAS”***, pues refiere que *“una vez la Dra. Isabel Patricia Fuentes López -previo infarto/angina inestable-, se solicitó el traslado para la práctica de un cateterismo”* luego de lo cual *“se suscitó una traba administrativa que no estaba obligada a soportar la señora María Victoria y su familia, y fue el hecho de que se solicitara la remisión a una clínica del país para que se le practicara un cateterismo y la excusa para dilatar el traslado y la práctica de este fue que no existían clínicas u hospital en Manizales y Pereira que prestaran este servicio, cuando es bien sabido que en estas ciudades sí hay clínicas que presten este servicio pero que por diferentes aspectos administrativos rechazaron la remisión, sin embargo, fue remitida a la Clínica del Café ubicada en Armenia (Quindío), pero que nuevamente allí vuelve y se reviste una situación de dilación y fue el hecho de que en la Clínica del Café donde se trasladó argumentando que allí le prestarían el servicio, desafortunadamente tampoco realizó el urgente cateterismo, por lo que fue necesario nuevamente trasladarla a otra clínica, esta vez La Sagrada Familia para que allí se le realizara el necesario cateterismo, pero por un médico que no tenía relación alguna con dicho centro clínico sino que era un médico adscrito a la Clínica San Rafael.”*

Allende a lo anterior, manifestó que la solicitud de remisión se hizo a las 02:50 p.m. del 08 de enero de 2014 y solo hasta las 04:45 p.m. se autorizó el traslado, y solo hasta las 05:20 p.m. se llevó a cabo el mismo. Finalmente que, luego de realizarse el cateterismo se requería de un cardiólogo para *“ejecutar labores pertinentes de*

³⁰ ibídem

manera urgente e inmediata, sin embargo, debió esperarse hasta el día siguiente en horas de la mañana para que el Dr. Carlos Mauricio Burgos las realizará, pues según se logra constatar en las historias clínicas y de las manifestaciones verbales, el Dr. Carlos Burgos no tenía relación con la Clínica del Café, por ende, no podía dedicarse inmediatamente a ello, y en esta clínica no contaban con personal idóneo para ejecutar dichos actos.”

En ese sentido, el Juzgado pasa a determinar y analizar la atención brindada a la paciente el día 08 de marzo de 2014, es decir, tres días después de la atención inicial, que es la fecha en la que la paciente reconsultó el servicio de urgencias por remisión de la IPS Clínica SaludCoop, pero ya no por un “desespero” “sensación de angustia”, “ganas de llorar”, y no poder dormir, sino específicamente por un “dolor precordial”.

En efecto, solo hasta el 8 de enero de 2014, a las 14:08 horas la señora MVHC reconsultó el servicio de urgencias, fecha en la cual fue atendida por la médica general Estefanía Murillo Piedrahita.

Se anotó como motivo de consulta **“MC DOLOR PRECORDIAL”** y se indicó: **“EA PACIENTE DE 56 AÑOS CON CUADRO CLÍNICO DE 3 DÍAS DE EVOLUCIÓN QUE INICIÓ LA MADRUGADA DEL DOMINGO CON DOLOR TORACICO Y EPIGASTRICO ASOCIADO A SENSACIÓN DE DISCONFORT GENERAL. ANGUSTIA, SENSACIÓN DE DISNEA, NAUSEAS Y EMESIS. CONSULTÓ POR URGENCIAS Y FUE MANEJADO COMO TRANSTORNO DE ANSIEDAD. EL DÍA DE HOY RECONSULTA POR CONTINUAR CON SENSACIÓN DE DISCONFORT ASOCIADO A DOLOR QUE INICIA EN REGIÓN DEL EPIGASTRIO Y ASCIENDE HASTA CUELLO Y MANDÍBULA, MAREO”** y también se anotó que: **“SE TOMA EKG CON SUPRADESNIVEL DE ST EN CARA INFERIOR E INFRADESNIVEL DEL ST DE V2 A V5”** (f.100 C.1) Resaltado del Juzgado.

En ese sentido, fue que el Hospital San Marcos dispuso cuarenta y dos minutos más tarde, a las 02:50:55 p.m. la remisión de la paciente, indicando: **“SE ENVÍA NOTA DE REMISIÓN A LA CENTRAL DE REFERENCIA DE SALUDCOOP. ME COMUNICO CON LA CLÍNICA SALUDCOOP Y ME INFORMA DIANA DE REFERENCIA QUE YA SE RECIBIÓ EL CORREO. SE ESPERA RESPUESTA. Plan de tratamiento P//REMISIÓN”**.³¹

A las **04:57:43 p.m.** del mismo 08 de enero de 2014, se registró **“RECIBO LLAMADA DE LA CENTRAL DE REFERENCIA DE SALUDCOOP Y ME INFORMA ERICA CANO QUE LA PACIENTE FUE ACEPTADA (SIC) EL (SIC) LA CLINICA DEL CAFÉ**

³¹ Negrita del Juzgado.

DE ARMENIA POR LA DRA DUQUE CON EL CODIGO NUMERO 20136353 DADO POR IRMA LOAIZA. SE INFORMA AL JEFE DE SERVICIO Y SE ENTREGA NOTA DE REFERENCIA. SE INTERROGA A LA FAMILIA Y LO ACEPTAN”.

A las 05:01:05:04 p.m. se registró la práctica de un segundo electrocardiograma con “DEREIVACIONES (SIC) DERECHAS CON COMPROMISO VENTRICULAR DERECHO” y finalmente a las 09:51:39 p.m. se referenció nota de traslado de la paciente a la clínica del café, entregada a la “DRA. MARCELA, EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, SV: 110/70 FC:70/MIN FR:17/MIN, STO2”.

La paciente MVHC ingresó a DUMIAN MEDICAL -IPS Clínica del Café- de Armenia Quindío, el día 08 de enero de 2014 a las **19:41 p.m.** para “DESCARTAR EVENTO CORONARIO AGUDO” según la nota visible a folios 23 del cuaderno 1.1. A las 21:26 de esa fecha se anotó:

****ANÁLISIS(JUSTIFICACIÓN):**

Paciente sin factores de riesgo para enf coronaria quien presenta cuadro de disautonomía³² seguido de dolor retroesternal irradiado a mandíbula, episodio más intenso fue ayer, hoy realizan supradesvel ST cara inferior con cambios recíprocos en D1, y AVL, V4-V5, con ondas Q. Deciden remitir ante cuadro compatible con IAMCEST³³ evolucionado para estudio y manejo. Al ingreso asintomática, se evidencia en aparentes buenas condiciones, pero con cifras tensionales bajas. Se realizan retos de volumen, ss lab de ingreso, rx de torax, ecocardiograma y cateterismo cardíaco.

HALLAZGO OBJETIVO:

Paciente con cuadro clínico que inicia el 06/01/2014 consistente en síntomas disautonómicos, diaforesis profusa, náuseas, emesis, adinamia, consulta a hospital de pacora donde idx, trast ansiedad, posta eso presenta dolor en epigastrio que asciende a tórax hasta mandíbula, además irradiación a dorso, intenso, dicho síntoma fue más intenso el día de ayer, hoy es vista por md tratante quien ante síntoma solicita ELG (SIC) evidenciándose supradesvel ST cara inferior con cambios recíprocos en D1, y AVL, V4-V5 ante lo que deciden remitir a Chinchiná, donde ante hallazgos en EKG, CCX y elevación de acrdioenzimas remiten para valoración y manejo.

AP: Hipotiroidismo, fumadora ocasional

Padre falleció a los 37 años de IM³⁴ (...)” (f.58-59 C.1.1)

³² De acuerdo al Instituto Nacional de Cáncer: “Afección de la parte del sistema nervioso llamada sistema nervioso autónomo (SNA). El SNA controla muchos procesos automáticos vitales para el organismo, como la presión arterial, la frecuencia cardíaca, la respiración, la temperatura corporal, la digestión, la transpiración, la micción (acción de orinar) y la respuesta sexual. Una disautonomía puede afectar todo el SNA o una parte de este, y a veces causa problemas graves, como alteraciones del corazón y la presión arterial, dificultades para respirar o tragar, e impotencia en los hombres. Hay muchos tipos de disautonomías. Es posible que sean hereditarias o causadas por una lesión, o por afecciones como la diabetes, la enfermedad de Parkinson, una enfermedad autoinmunitaria o el alcoholismo. En ocasiones, la causa es desconocida. También se llama disfunción neurovegetativa y trastorno del sistema nervioso” autónomo. Tomado del enlace web <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/disautonomia> el 16 de marzo de 2023

³³ Infarto Agudo del Miocardio con elevación del Segmento ST. Tomado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7214307/#:~:text=El%20infarto%20agudo%20de%20miocardio,con%20elevadas%20morbilidad%20y%20mortalidad> el 16 de marzo de 2023

³⁴ “Los ataques cardíacos o infartos agudos al miocardio (IM) se presentan cuando una de las arterias que suplen al músculo del corazón se bloquea. El bloqueo puede ocurrir debido a espasmos de la arteria o por aterosclerosis, con la formación de coágulos agudos. Dicho

Se observa que en dicha IPS le toman signos vitales, se le practican laboratorios de tiempo de tromboplastina parcial (ptt) nitrógeno ureico (bun), potasio, tiempo de protrombina (pt), sodio, amilasa, bilirrubinas total y directa, calcio iónico, cloro, creatinina en suero, orina u otros, creatin quinasa por espectrofotometría, creatin quinasa total ck-cpk, deshidrogenasa láctica, gases arteriales (en reposo o en ejercicio), gases venosos, hemograma iv, magnesio, banco de sangre, radiografía de tórax, ecocardiograma modo m y bidimensional con Doppler a color, ultrasonografía de abdomen masas abdominales y de retroperitoneo.

Como se acabó de reseñar, se anotó que la remisión fue para descartar evento coronario, y en la página 44 del cuaderno 1.1 se anotó tanto como diagnóstico de EGRESO, así como del de INGRESO los mismos diagnósticos: **“INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN”** y **“CHOQUE CARDIOGENICO”**, es decir, en la historia clínica de la IPS del Café se anotó que la remisión se hizo para descartar o conformar ese diagnóstico, pero la paciente ya estaba diagnosticada con el mismo, esto es, con el infarto agudo al miocardio.

Como se indicó párrafos atrás, para las 14:08 de esa fecha ya se había anotado en la Historia Clínica del Hospital San Marcos que los diagnósticos de egresos fueron **“INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN”** y **“DOLOR EN EL PECHO AL RESPIRAR”** (F.99 C.1.1), **de ahí que en puridad no se pueda decir que la paciente se remitía para descartar evento coronario**, pues para las 14:08 del 08 de enero de 2011 **ya se sabía y no existía duda** de que la señora María Victoria Hincapié había presentado un infarto agudo del miocardio, y en ningún momento estaba por confirmar.

Recibida la paciente en DUMIAN MEDICAL se observa que a las 20:53 horas le suministran cloruro de sodio al 0.9%³⁵, a las 20:59 una tableta de 100 mg de acetil salicílico,³⁶ clopidrogel 75 mg³⁷, a las 21:01 horas una solución inyectable de enoxaparina clasina, dos minutos después ranitidina 50mg/2ml solución inyectable, seguidamente atorvastatina 20 mg³⁸.

Posteriormente le suministran alprazolam 025 mg, dextrosa A.D 05% solución inyectable, norepinefrina 4mg/4ml siendo las 23:45 horas del 8 de enero de 2014. Al día siguiente, se le empieza a suministrar levotiroxina sódica 5mcg a las 06:34 a.m, dobutamina 250 mg, omeprazol 40 mg, vasopresina 20 ui+0.05 ml,

bloqueo ocasiona daño al tejido y la pérdida permanente de la habilidad de contraerse de esa porción del músculo cardíaco.”. Tomado del enlace web

https://medlineplus.gov/spanish/ency/esp_imagepages/17004.htm el 16 de marzo de 2023

³⁵ F. 45 C.1.1

³⁶ F. 46 C.1.1

³⁷ F. 46 C.1.1

³⁸ F. 47 C.1.1

metoclopramida 10 mg/2ml. El día 10 de enero se le suministró enalapril meleato 5mg, bisocodilo 5mg, epineferina 1mg, lidocaína, rocunorio bromuro, midazolam, fentanilo, ketamina, y sodio bicarbonato 10mge.

El 11 de enero se le inyectó hidrocortisona 100mg/2ml, atropina 1mg/1ml³⁹. Se le practicaron glucometrías cada 8 horas, electrocardiograma diario, rx de torax, ecocardiograma.

El 9 de enero de 2014 se registró a las 09:53 am como pendiente un “ECOCARDIOGRAMA-CATETERISMO CARDIACO⁴⁰, que por anotación que se hace a las 21:49 horas de ese día, se entiende que el cateterismo fue realizado en horas de la tarde del 09 de enero de 2014 y se anota “Reinfarto?”. Que posterior al cateterismo fue ingresada a “ucin” “en mal estado general hipotensa a pesar de vasopresor”⁴¹ Sin embargo, a folios 62 del cuaderno 1.1. se observa que el 10 de enero de 2014 se registró en la Historia Clínica a las 09:37 horas lo siguiente:

“SERVICIO: UCI ADULTO

diana.bedoya -DIANA MARÍA BEDOYA

ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL

SOCIEDAD CARDIOVASCULAR DEL EJE CAFETERO

SERVICIO HEMODINAMIA”

En ese sentido, el cateterismo que se le debió haber practicado a la paciente dentro de las dos horas siguientes a que consultó la IPS Clínica Saludcoop, después de lo cual fue atendida en la unidad de urgencias del Hospital San Marcos de Chinchiná a las 01:14 p.m. del 08 de enero de 2014, solo fue practicado hasta la tarde del día siguiente, 9 de enero de 2014⁴², y en ese tiempo tampoco le fue suministrado el medicamento trombólisis, indicado para aquellos casos en que se sabe, el cateterismo no podrá practicarse dentro de ese lapso (120 minutos).

Demuestra lo anterior que para la fecha y hora que la señora María Victoria Hincapié ingresó nuevamente al Hospital San Marcos de Chinchiná el día 08 de enero de 2014 por remisión, **ahora sí, no existe duda de que efectivamente cursaba con un infarto agudo del miocardio con elevación del segmento ST.**

En efecto, a las 14:08 ya se le había diagnosticado con **“INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN”** y **“DOLOR EN EL PECHO AL RESPIRAR”** (F.99 C.1.1), el cual era con elevación del segmento ST, al consignarse

³⁹ F. 48 a 54 C-1.1

⁴⁰ Ver folio 55 y final de folio 59 C.1.1

⁴¹ Ver folio 59 60C.1.1

⁴² Al respecto ver examen de Angiografía practicado en la IPS SAN RAFAEL el 9 de enero de 2014 (f. 65 C.1)

inmediatamente que: “**SE TOMA EKG CON SUPRADESNIVEL DE ST EN CARA INFERIOR E INFRADESNIVEL DE ST DE V2 A V5**” (f. 99 C.1.1) y por tanto, ya se había establecido que el infarto **era con elevación del segmento ST** que es precisamente lo que significa un “**SUPRADESNIVEL DE ST**”⁴³, de ahí que el personal médico de esa Institución Hospitalaria debió proceder como lo indicó el perito médico tanto en la experticia presentada, como en la exposición verbal del dictamen, y para ello el Juzgado determinará si se obró de conformidad o no. En este último caso, si dicho proceder resulta ahora sí, ser la causa eficiente del daño alegado.

El experto indicó en su informe la manera en que debía manejarse o tratarse un infarto agudo del miocardio con elevación del segmento ST. En ese sentido precisó que la **cardiopatía isquémica** es la enfermedad con más morbilidad y mortalidad en el país y en el mundo; que el infarto agudo de miocardio es la presentación más temida de la cardiopatía isquémica. Que ese síndrome coronario se divide en **i) angina inestable, ii) infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST, e iii) infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST.**

Refirió que las dos primeras, presentan un cuadro clínico muy similar en el sentido de presentar dolor precordial opresivo, irradiado o no a la mandíbula, brazo izquierdo o epigastrio y que ambos requieren manejarse en una unidad de cuidados coronarios, cuidados especiales o cuidados intensivos según disponibilidad y estabilidad hemodinámica y eléctrica del paciente, así como explicó la forma farmacológica en que deben tratarse. (f. 263 C.1.1)

Luego de ello indicó, respecto **del infarto agudo de miocardio con elevación del Segmento ST** que es el que importa para resolver el asunto bajo examen, que en estos casos hay además de la elevación del mencionado segmento, elevación de biomarcadores cardíacos, que su presentación requiere “*de un actuar rápido y es una emergencia médica. Requiere al igual que los anteriores diagnósticos ya expuestos manejo en una unidad coronaria, unidad de cuidados especiales o intensivos en donde haya cardio monitoreo continuo y lo más importante, requiere de una manera prioritaria y emergente definir una estrategia de reperfusión, esto es, terapia fibrinolítica vs angioplastia primaria.*” (f. 265 C. 1.1)

Que la terapia fibrinolítica es una estrategia de reperfusión importante en los entornos donde la angioplastia primaria no puede ofrecerse de manera oportuna o no se cuenta con el servicio de hemodinámica disponible, previene 30 muertes tempranas por cada 1000 pacientes tratados dentro de las primeras horas posteriores al inicio de los síntomas, que su mayor beneficio absoluto es visto

⁴³ Ver artículo “Supradesnivel del segmento ST en derivación aVR” tomado de scielo.org.pe

cuando el tratamiento se ofrece las primeras dos horas de comenzar la sintomatología.

Que, si no se ofrece en las primeras dos horas, “la terapia fibrinolítica se recomienda a las primeras 12 horas tras el inicio del cuadro clínico, es posible la realización de una angioplastia primaria dentro de los 120 minutos del diagnóstico del infarto agudo de miocardio con elevación del ST. Cuanto más tarde se presente el paciente (particularmente después de tres horas), se debe preferir la angioplastia primaria (en lugar de administrar la terapia fibrinolítica) porque la eficacia y el beneficio clínico de la fibrinólisis disminuyen a medida que aumenta el tiempo desde el inicio de los síntomas; entre más rápido se realice la reperfusión del vaso obstruido la posibilidad del mejor pronóstico y sobrevida aumenta. (...) **Existe también la opción de un infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST “evolucionado”, esto es, aquel paciente con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST que no recibió manejo médico ni terapia reperfusión temprano ni oportuna, llegando a la consulta con un infarto reciente ya establecido. Se evidencia en el electrocardiograma una elevación del segmento ST con onda Q patológica “significativa” en las mismas derivadas de la elevación del segmento ST. En estos casos ya el infarto ocurrió, ya el daño miocárdico está establecido y debe vigilarse que el paciente no presente inestabilidad clínica, hemodinámica, eléctrica y/o complicaciones mecánicas. Requiere igual manejo médico: antiagregación dual (clopidrogel más ácido acetil salicílico), manejo con estatina y anticoagulación, esta última si se presenta en la primera semana de los hechos. Requiere de igual manera llevarse a estudio coronario invasivo”** (f. 265 C. 1.1)

Esta terminología técnica fue flexibilizada y explicada de una forma más simple en la audiencia de pruebas celebrada en esta litis. Allí el perito médico explicó de manera verbal lo que procede en casos de infarto con elevación o sin elevación del segmento ST de minuto 16:40 a 22:32 de la videograbación, expresando que:

“(...) en términos médicos uno tiene como dos tipos de infarto uno que es con elevación y otro que es sin elevación del ST, **cuando mencionan que hay elevación del ST** digamos que en principio es una urgencia médica y que se debe actuar rápidamente bien sea que al paciente se le administre un medicamento para tratar de quitarle como ese coágulo que está obstruyendo la arteria coronaria, o al paciente se le debe hacer un cateterismo. **Por guías médicas cuando uno tiene un paciente con un infarto con elevación del ST, que era lo que tenía la paciente María Victoria Hincapié según dice el reporte de la historia clínica,** porque les repito que no cuento con los electrocardiogramas, lo que está en la ciencia médica escrito hoy por hoy en Europa, Estados Unidos, en

Colombia y en todo el mundo es que uno tiene 120 minutos para hacerle al paciente un cateterismo, y si uno no es capaz de lograr que el paciente en 120 minutos se le haga un cateterismo, le debe administrar este fármaco⁴⁴ para tratar de lisar o destruir ese trombo que el paciente tiene en la arteria del corazón que le está causando el infarto, y entonces por eso es importante tener el electro, porque si es un paciente con elevación del ST, pues de pronto se debió haber administrado ese medicamento o se debió haber hecho el cateterismo muchísimo antes.”

De acuerdo a la nota de las 02:11 p.m. inserta en la historia clínica del 08 de enero de 2014, a la paciente se le ordenó dieta blanda, los medicamentos MEDEPIRINA AMP 100 MG, ASA 100 MG, CLOPIDROGEL 75 MG, ENALAPRIL 5 MG, ATORVASTATINA 40 MG, ENOXAPARINA 60 MG, BISACODILO 5MG, se le tomaron exámenes de creatinina, bun, cpk total, mb y troponina, tp y tpt (f.102 C.1) y se ordena RX de tórax (f.100 íb) el cual no se logra hacer por “*DAÑO EN EQUIPO*” (f.102 íb)

Nótese que tanto el clopidrogel, como la atorvastatina fueron dos de los medicamentos que indicó el perito en su experticia, que se le deben suministrar a un paciente con infarto agudo del miocardio, **pero sin elevación del ST**, y no en dosis de 75MG y 40 MG, respectivamente, como fue lo suministrado a la paciente, sino en una dosis de 300 gramos única, y luego de 75 mg diaria si va a ser sometido a terapia fibrinolítica o 600 mg de dosis única, seguida de una dosis diaria de 75 mg si va ser llevado a angioplastia primaria, además en cualquier caso debe administrarse ácido acetil salicílico 300 mg dosis única, seguido de 100 mg diarios.

A minuto 29 de la audiencia el perito médico indicó que se tiene **120 minutos** para hacerle un cateterismo a un paciente con infarto agudo del miocardio, y si en ese periodo se le puede efectivamente practicar, no es necesario suministrar el medicamento denominado “trombólisis”, pero que se si al contrario se sabe que en ese tiempo no se va a hacer el cateterismo y está en las primeras doce horas de diagnosticado el dolor **“habría que administrar el citado medicamento porque usted sabe que el cateterismo se va a demorar”**.

Frente a la pregunta del apoderado judicial del Hospital San Marcos sobre si los medicamentos que se le habían suministrado a la paciente cuando se determinó que cursaba un infarto agudo del miocardio habían sido adecuados, el perito refirió que la conducta de un cardiólogo a un médico general va a ser muy distinta pero que ese proceder fue **“parcialmente adecuado”** (minuto 34:05 a 43:38), afirmación

⁴⁴ El fármaco al que se refiere es la trombólisis.

que explica luego a minuto 42 en adelante por pregunta que le hizo la Agente del Ministerio Público, manifestando que refirió que el trato médico fue parcialmente adecuado porque **“al paciente se le administró una dosis de 4 tabletas de clopidrogel, que 4 tabletas de clopidrogel que vienen en 75 miligramos equivalen a 300 miligramos. Cuando uno tiene un infarto agudo del miocardio la dosis a administrar deben ser 600 miligramos si el paciente va para cateterismo, si al paciente le van a hacer la trombólisis pues la dosis de 300 miligramos estaría bien, entonces si usó la dosis de 300, pues entonces debió haber ordenado la trombólisis, pero digamos que eso puede ser discutido, la dosis de atorvastatina de 40 miligramos, lo que normalmente está indicado por las guías es 80 miligramos, y de resto pues lo otro está bien, por eso te digo que parcialmente, lo que pasa es que yo soy cardiólogo y es lo único que hago y obviamente uno entiende que el médico general, por eso te digo que hizo un manejo parcialmente bueno, no va a ser el mismo pues del cardiólogo pero parcialmente está bien, pero lo más importante es que faltó la trombólisis o faltó hacer el cateterismo en los primeros 120 minutos.”**

En este caso a la paciente no se le realizó el cateterismo dentro de las primeras dos horas al momento en que consultó el servicio de urgencias, por la sencilla razón de que este tipo de procedimientos es propio únicamente de Instituciones especializadas que cuenten con Centros Hemodinámicos o de Hemodinamia, los cuales *“emplean equipos tecnológicos para evaluar la estructura y funcionamiento del corazón, lo que permite establecer el diagnóstico de enfermedades cardiovasculares, junto con el tratamiento más adecuado. Estudios y procedimientos como las **angiografías**⁴⁵, **coronariografías** o **cateterismos** se realizan en las salas hemodinamia para examinar el estado de las arterias coronarias, las arterias pulmonares, y las válvulas del corazón. Algunos de los principales beneficios de estas salas son su precisión y su seguridad, ya que las técnicas son mínimamente invasivas e indoloras por el tipo de anestesia empleada.”*⁴⁶

A la señora María Victoria Correa tampoco se le suministró el medicamento trombólisis, no obstante que se sabía que el cateterismo no se iba a practicar en menos de dos horas, precisamente porque la paciente estaba en un Hospital que no cuenta con servicio de hemodinamia, y para ello se necesitaba su remisión, y aun lográndola, se habría superado el tiempo para ello si no se le suministraba la trombólisis, como en efecto ocurrió.

⁴⁵ Que fue el procedimiento practicado a la señora MVHC ver ver examen de Angiografía practicado en la IPS SAN RAFAEL el 9 de enero de 2014 (f. 65 C.1)

⁴⁶ Tomado de Centro Médico ABC. “Salas de Hemodinamia” de la página web <https://centromedicoabc.com/procedimientos/salas-de-hemodinamia/>

En ese sentido, se reprocha la falta de suministro del medicamento y desde luego que la remisión se haya efectuado para un centro médico que no contaba con el servicio de hemodinamia.

➤ **Sobre el no suministro del medicamento trombólisis**

El mismo se requería suministrar a la paciente mientras se lograba hacer el cateterismo, a fin de que el fármaco alisara el trombo o coágulo de sangre que estaba obstruyendo en las arterias o venas del flujo sanguíneo. Ello, sabiendo de entrada que, el cateterismo no se podía practicar en el término de 120 minutos seguidos a la llegada de la paciente al servicio de urgencias.

Sobre este punto, la Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa, Refirió en su contestación que la paciente llegó a las SC IPS Chinchiná Saludcoop el 8 de enero a las 11:30 a.m. con presión torácica y cuando arribó al Hospital San Marcos ya eran las 02:08 p.m., por lo que ya habían pasado 120 minutos desde que la paciente se reportó por primera vez ese día y de nada hubiere servido la aplicación del medicamento (f. 295-305 C.1.1 digitalizado), sin embargo, lo que realmente adujo el perito es que si un paciente con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, **se encuentra dentro de las primeras 12 horas de los síntomas**, el paciente tiene 120 minutos para ser atendido y realizarle un cateterismo, y que si ello no es posible debe suministrársele el medicamento trombólisis, de ahí que si la paciente se encontraba dentro de las primeras doce horas de los síntomas, tal y como se anotó en la historia clínica del Hospital San Marcos visible a folios 106 del cuaderno 1.1 digitalizado en la que se indicó paciente “CON CUADRO CLÍNICO **DE APROX 12 HRSD E EVOLUCIÓN** (sic) **DE DOLOR TORACICO OPRESIVO GENERALIZADO** (...)” es claro entonces que el proceder adecuado era haberle suministrado el medicamento, cosa que no se hizo.

Allende a lo anterior, **el perito médico precisó qué hacer ante un infarto ya presentado:**

*“Existe también la opción de un infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST “evolucionado”, esto es, aquel paciente con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST **que no recibió manejo médico ni terapia reperfusión temprano ni oportuna, llegando a la consulta con un infarto reciente ya establecido.** Se evidencia en el electrocardiograma una elevación del segmento ST con onda Q patológica “significativa” en las mismas derivadas de la elevación del segmento ST. **En estos casos ya el infarto ocurrió, ya el daño miocárdico está establecido** y debe vigilarse que el paciente no presente inestabilidad clínica, hemodinámica, eléctrica y/o*

complicaciones mecánicas. **Requiere igual manejo médico: antiagregación dual (clopidrogel más ácido acetil salicílico),** manejo con estatina y anticoagulación, esta última si se presenta en la primera semana de los hechos. **Requiere de igual manera llevarse a estudio coronario invasivo**” (f. 265 C. 1.1)

Así las cosas: dado que en la historia clínica se anotó para la 01:14 p.m. del 11 de enero de 2014 que el dolor precordial generalizado venía con 12 horas de evolución, es claro que el Hospital San Marcos de Chinchiná debió suministrar el fármaco trombólisis a la paciente.

Ahora bien, si se hubiera sospechado o se hubiera referido que el dolor precordial venía de días antes, cosa que se itera no está probado en el expediente, pues el 5 de enero no se consultó por ningún dolor precordial, y el electrocardiograma que se practicó en esa fecha salió en límites normales, **se tiene que existe también un procedimiento médico para aquellos casos en que el infarto ya ocurrió**, el cual se maneja con clopidrogel más ácido salicílico en las cantidades indicadas por el perito y que párrafos atrás se vio no fueron las suministradas por el Hospital, además de que se requería de todas formas de un estudio coronario invasivo, esto es, de un análisis que solo podía llevarse a cabo en un centro de hemodinamia.

En ese sentido, sobre la disponibilidad del fármaco trombólisis en el Hospital San Marcos de Chinchiná, el perito médico indicó que la aplicación de la trombólisis es propio de Instituciones:

“(…)como mínimo del segundo, tercer nivel de atención, por eso se hace en el servicio de urgencias con la enfermera y con el médico que este de turno, no necesita un cardiólogo, ni necesita de nada, es simplemente como un puente mientras usted logra llegar, o sea resolver el problema parcialmente rápido mientras usted logra llevar al paciente al servicio de hemodinamia, pero no tiene que hacerlo pues un especialista, basta con ser médico y no más”.⁴⁷

Dada la anterior respuesta, el Juzgado preguntó:

“PREGUNTADO: ¿los requerimientos técnicos de la entidad receptora son iguales para el procedimiento de la trombólisis o del cateterismo o son requerimientos técnicos diferentes? **CONTESTÓ:** “**no, son muy diferentes, cuando uno hace un cateterismo o un proceso hemodinámico necesita una sala de hemodinamia, necesita un**

⁴⁷ Minuto 51:06 al 51:49.

cardiólogo hemodinamista, necesita pues una enfermera cardiovascular, necesita pues un montón de... una infraestructura mejor dicho para hacer eso, el otro procedimiento que es la trombólisis simplemente es un medicamento que lo puede poner el médico general, el urgentólogo, o cualquier persona en el sitio de urgencias, pero no necesita de una infraestructura, o un angiógrafo que es como un tac, pues, no necesita equipos especializados, son procedimientos totalmente diferentes⁴⁸

Así mismo el perito médico refirió que el Hospital que cuente con el fármaco lo debe poner obligatoriamente, *“lastimosamente muchas ciudades o pueblos en un primer nivel de atención no los tienen, pero la pregunta sería si el Hospital cuenta con ese recurso (...)Tengo entendido que los hospitales del primer nivel de atención no tienen el medicamento, pero el segundo nivel en atención hacia arriba si lo deben de tener”*⁴⁹ de ahí que el Hospital San Marcos, al tratarse de una E.S.E del segundo nivel de atención, debía tener dicho medicamento, y sus profesionales tenían a su vez el deber de saber cuándo suministrarlo, sin que en el asunto bajo estudio ese deber se haya visto verificado.

➤ **Sobre la remisión de la paciente a una IPS que no cuenta con centro de hemodinámica.**

En este punto, La Previsora S.A. Compañía de Seguros, así como la Aseguradora Solidaria de Colombia, manifestaron que la entidad encargada de la remisión de la paciente a la Clínica del Café no es esta misma entidad, ni el Hospital del cual fue remitida, sino la EPS de conformidad con el artículo 17 del Decreto 4747 de 2017, de ahí que solo a partir de la aceptación y atención a la paciente fue que se determinó la necesidad de realizarle una angiografía que fue practicada en la Unidad de Hemodinamia, y no al contrario, **es decir, que la parte demandante no probó que la paciente hubiere sido remitida a la Clínica del Café para realizarle un cateterismo**⁵⁰, razón por la cual estas dos aseguradoras consideran que la atención prestada por sus aseguradas fue completa y adecuada.

Sin embargo, como se verá, si bien la elección de la IPS a la cual se remite el paciente es obligación de la EPS, ello no obsta para que la entidad remitora y remitente actúen con diligencia y apegadas a lo descrito en la historia clínica del usuario de salud para determinar el procedimiento médico a seguir.

⁴⁹ A partir del minuto 52

⁵⁰ Ver f. 2-8 C.1.2. digitalizado

De igual forma, el Hospital San Marcos refirió que tal proceder obedeció a las reglas de referencia y contrarreferencia, porque quien se encarga de la ubicación de los pacientes cuando se adopta la conducta médica de remisión y contrarremisión es responsabilidad única e indelegable de las entidades responsables del pago, que no son otros que los aseguradores o EPS, y en este caso la EPS SALUDCOOP fue la entidad que emitió código de autorización de remisión con pleno conocimiento de la patología que motivaba la remisión, de modo que al Hospital San Marcos le correspondía la obligación de transportar técnicamente y con el personal necesario a la paciente hasta la Clínica del Café, sitio que fue definido por la EPS SALUDCOOP, y que la Clínica del Café adujo que no se podía negar a atender a la paciente.

El Hospital San Marcos indicó en su contestación que son las entidades responsables del pago, las entidades obligadas a dar continuidad e integralidad en la atención, de acuerdo a lo prescrito en el artículo 17 del Decreto 4747 del 7 de diciembre de 2007 *“Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones”*.

Dicha norma, establece el proceso de referencia y contrarreferencia, el cual es definido por el mismo decreto como un *“Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago”*, en el que, el término **Referencia** hace alusión *“al envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, de respuesta a las necesidades de salud”*, mientras que el de **Contrarreferencia** *“es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contrarremisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.”* (Art. 3).

Nótese que en la contrarreferencia se alude expresamente a esa facultad que tiene el receptor de contrarremedir, en este caso específico, de contrarremedir al paciente con las indicaciones a seguir, lo que significa que una entidad receptora puede contestarle a la entidad responsable del pago -EPS- que no admite, o tal como lo contiene la norma, que la contrarremite a otra IPS que cuente, como lo exige la

misma normatividad, con todo el equipo humano, tecnológico, y físico para prestar la mejor atención al usuario.

En el caso presente esa contrarremisión pudo haberse efectuado a una Institución Prestadora de Servicios de Salud que contara con servicio de hemodinámica, pero no después de aceptarse la remisión, sino como única conducta a seguir, pues si bien en este caso la paciente fue remitida de la IPS Clínica del Café al Centro de Hemodinamia, ello fue después de aceptar ante la EPS SALUDCCOP la remisión y de recibir físicamente a la paciente, dado que ese traslado a centro de hemodinamia solo se efectuó hasta la tarde del día siguiente a la remisión (9 de enero de 2014).

Luego, el artículo 17 del mismo decreto establece textualmente que, con el fin de garantizar la calidad, continuidad e integralidad en la atención, **es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud (EPS) la consecución de institución prestadora de servicios (IPS) de salud receptora que garantice los recursos humanos, físicos o tecnológicos, así como los insumos y medicamentos requeridos para la atención de pacientes:**

“Artículo 17. Proceso de referencia y contrarreferencia. El diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contrarreferencia y la operación del sistema de referencia y contrarreferencia es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud, quienes deberán disponer de una red de prestadores de servicios de salud que garanticen la disponibilidad y suficiencia de los servicios en todos los niveles de complejidad a su cargo, así como la disponibilidad de la red de transporte y comunicaciones.

Con el fin de garantizar la calidad, continuidad e integralidad en la atención, **es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud la consecución de institución prestadora de servicios de salud receptora que garantice los recursos humanos, físicos o tecnológicos así como los insumos y medicamentos requeridos para la atención de pacientes.** La responsabilidad del manejo y cuidado del paciente es del prestador remitente hasta que ingrese en la institución receptora. Cuando el transporte se realice en una ambulancia debidamente habilitada, que no dependa de la IPS remitente, la entidad que tiene habilitado el servicio de transporte será responsable de la atención durante el mismo, con la tecnología disponible de acuerdo con el servicio de ambulancia habilitado, hasta la entrega del paciente en la entidad receptora definida por la entidad responsable del pago.

Parágrafo. Las entidades responsables del pago de servicios de salud podrán apoyarse para la operación del proceso de referencia y contrarreferencia a su cargo, en los centros reguladores de urgencias y emergencias, para lo cual deberán suscribir contratos o convenios según sea el caso.”

Quiere decir lo anterior que la EPS SALUDCOOP tenía como obligación conseguir a la IPS receptora del paciente que garantizara los recursos humanos, físicos, tecnológicos, así como los insumos y medicamentos requeridos para la atención de la persona referida.

En ese escenario, considera el Juzgado que aun siendo obligación de la EPS acreditar el anterior deber, obligación que en este caso no se cumplió por parte de SALUDCOOP EPS, y cuyo incumplimiento considera el Despacho es igualmente determinante en el desenlace de este caso y por tanto, causa eficiente del daño irrogado, tanto la IPS remitente, es decir, Hospital San Marcos de Chinchiná, como la IPS receptora, Clínica del Café, debían cuando menos asegurarse de la patología, condición y síntomas que presentaba la paciente por lo que era una de las que requería de Centro de Hemodinámica, bien fuera para dejar constancia expresa en sus historias clínicas que se realizó la objeción o anotación a la EPS de la improcedencia de esa remisión a una IPS que no contaba con ese servicio, así como la receptora de esa contrarreferencia para que ejerciera la facultad de contrarremedir, tal y como lo autoriza el artículo 3° de la misma codificación, o bien para exigir a la EPS la remisión a una IPS adecuada.

De igual forma, el parágrafo del artículo 2° de la Resolución No. 5261 de 1994, por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema de Seguridad Social en Salud, establece la obligación de que en la historia clínica se especifique el motivo de la remisión, los tratamientos y resultados previos:

“PARAGRAFO. El acceso al servicio siempre será por el primer nivel o por el servicio de urgencias. Para los niveles subsiguientes el paciente deberá ser remitido por un profesional en medicina general de acuerdo a las normas definidas para ello, las que como mínimo deberán contener una historia clínica completa en la que se especifique el motivo de la remisión, los tratamientos y resultados previos(...)

Sin embargo, tanto la EPS como la IPS conociendo lo anotado en la historia clínica donde se diagnosticó a la señora María Victoria con un infarto agudo del miocardio con supra desnivel del segmento ST, procedió la primera a autorizar el traslado y la segunda a aceptarlo aun cuando por conocimiento médico se debe saber que un

paciente en tales condiciones requiere de una unidad hemodinámica con la que no contaba la IPS Clínica del Café.

Si las entidades que tienen que ver e interactúan en este trámite, hubieren actuado con diligencia y cuidado, ambas se hubieran opuesto a la remisión en las condiciones anunciadas por la EPS SALUDCOOP, pues ello en lugar de convertirse en un mecanismo para darle atención efectiva y prioritaria a la paciente, resultó ser más un deambular largo y dilatorio que terminó cercando las posibilidades de recuperación de la paciente. El hecho de que a la señora María Victoria la hayan trasladado de un centro hospitalario a otro y en ninguno, más de 24 horas después de consultar por dolor precordial, se le hubiere dispensado la atención que necesitaba, es tanto como si le hubieran negado totalmente el servicio médico.

En ese sentido, el perito indicó en audiencia, frente a pregunta del Juzgado que se permitía aclarar a los presentes que en la historia clínica no dice, o al menos no leyó aparte alguno que dijera que la remisión se estaba haciendo para realizar un cateterismo o para aplicarle a la paciente el medicamento trombólisis, sin embargo: ***“lo que pasa es que desde el punto de vista médico es muy obvio que si uno está remitiendo un paciente con un infarto de elevación del ST lo que necesita el paciente es una unidad de cateterismo, una unidad hemodinámica”.***

El Juzgado seguidamente le preguntó que si ***“¿la entidad receptora del paciente tiene que tener conocimiento de la condición del paciente que va a recibir?”*** Frente a lo que contestó: ***“Si claro, eso debe de ser comentado por el médico que remite al paciente”*** lo cual concuerda efectivamente con la consagración legal arriba citada consagrada tanto en el parágrafo del artículo 2° de la Resolución No. 5261 de 1994, como en el artículo 17 del Decreto 4747 de 2007.

Corolario de lo anterior, no es dable admitir el argumento de la IPS Clínica del Café al decir que debía aceptar al paciente y no se podía negar a recibirlo, pues tanto de la lectura del artículo 3° del Decreto 4747 de 2007, como lo manifestado por el perito médico tanto la EPS como la IPS receptora tienen el deber de estar en capacidad de brindarle al paciente remitido todas las tecnologías y recursos para su debida recuperación y atención y, solo en caso contrario, se autoriza como respuesta de la IPS receptora **que contrarremita el paciente a una Institución donde lo puedan atender de manera óptima.**

Al respecto, el perito médico aseveró lo siguiente:

“Ahora, cuando remiten al paciente, lo remiten a la Clínica del Café, que tampoco entiendo bien por qué lo remiten a la Clínica del Café o por qué el paciente llegó allá, porque si cursa con un infarto pues

obviamente debe ser remitido a una clínica que cuente con un equipo de hemodinámica y cardiología las 24 horas del día, pues según veo yo en la Historia Clínica la paciente fue recibida en la Clínica del Café y de ahí la tuvieron que llevar para otro Hospital para poderle hacer el cateterismo, entonces debió haber ido directamente de la Clínica de San Marcos, que no contaba con el recurso del cateterismo, pues a una clínica que contara con el cateterismo y no como a otra que contaba cuidados intensivos pero que no le podían dar solución al problema del paciente, entonces pienso que como que ahí hubo otra falla.

Ahora, ya cuando le hacen el cateterismo pues evidentemente la paciente ya había transcurrido un tiempo, yo creo que el cateterismo según reportan fue complicado pero ya para ese momento creo que ya independientemente como ya en la clínica del café o donde le hicieron el cateterismo los desenlaces (...) pues ahí no mencionan mucho, hubo pues como unas complicaciones también durante el procedimiento, sobre todo sobre el cuidado de la UCI a posteriori pero digamos que el retraso inicial, ya sea que el paciente tuviera o no el diagnóstico desde el 5 de enero o desde que se hizo el diagnóstico el 8 de enero, fue lo que hace que ya cuando se haga el cateterismo pues ya había pasado un tiempo importante en que el paciente tuvo un deterioro clínico”.

En conclusión, del análisis de imputación del daño a las entidades demandadas se encuentra que dicha atribución fáctica ha sido superada, y en ese sentido, existe nexo de causalidad entre el daño antijurídico causado y el actuar de las entidades demandadas.

En el caso presente se advierten dos fallas puntuales que desencadenaron el desenlace lamentable de la muerte de la señora María Victoria Hincapié Correa y que son las acabadas de reseñar. Evidentemente, este erróneo proceder, le restó a la paciente posibilidades de sobrevivir, razón por la cual se declarará la responsabilidad extracontractual del Hospital San Marcos de Chinchiná, de la EPS Saludcoop y de Dumian Medical S.A.S IPS Clínica del Café las cuales contribuyeron en la materialización del daño sufrido por la señora María Victoria Hincapié Correa y sus familiares.

2.6. Indemnización de perjuicios reclamados.

2.6.1. Perjuicios Morales en caso de muerte

La jurisprudencia del Consejo de Estado ha definido el concepto de perjuicio moral como aquel que se encuentra compuesto por el dolor, la aflicción y en general los sentimientos de desesperación, congoja, desasosiego, temor, zozobra, etc., que invaden a la víctima directa o indirecta de un daño antijurídico, individual o colectivo.

En cuanto a la reparación del perjuicio moral en caso de muerte la sentencia de Unificación jurisprudencial del 28 de agosto de 2014⁵¹ vigente a la fecha presente,⁵² indicó que se han diseñado cinco niveles de cercanía afectiva entre la víctima directa y aquellos que acuden a la justicia en calidad de perjudicados o víctimas indirectas, los cuales se distribuyen así:

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

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

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

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

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

La siguiente tabla recoge lo expuesto:

REPARACIÓN DEL DAÑO MORAL EN CASO DE MUERTE
--

⁵¹ Consejo de Estado. Sección Tercera. Sala Plena, radicado: 66001-23-31-000-2001-00731-01(26251) C.P. Jaime Orlando Santofimio Gamboa.
⁵² Ver citaciones de esta providencia de unificación de 2014, en sentencia de la Sección Tercera del Consejo de Estado dictada el 3 de febrero de 2023. Radicación número: 66001-23-31-000-2011-00138-02 (68605) C.P. MARTA NUBIA VELÁSQUEZ RICO y sentencia del 18 de noviembre de 2021. Radicación número: 20001-23-31-000-2010-00542-01(45887) C.P. MARTÍN BERMÚDEZ MUÑOZ

	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4	NIVEL 5
Regla general en el caso de muerte	Relaciones afectivas conyugales y paternofiliales	Relación afectiva del 2° de consanguinidad o civil (abuelos, hermanos y nietos)	Relación afectiva del 3° de consanguinidad o civil	Relación afectiva del 4° de consanguinidad o civil	Relaciones afectivas no familiares - terceros damnificados-
Porcentaje	100%	50%	35%	25%	15%
Equivalencia en salarios mínimos	100	50	35	25	15

Así las cosas, para los niveles 1 y 2 se requerirá la prueba del estado civil o de la convivencia de los compañeros. Para los niveles 3 y 4, además, se requerirá la prueba de la relación afectiva, y finalmente, para el nivel 5 deberá ser probada la relación afectiva.” Subrayado original.

En este caso, se solicitaron perjuicios morales para el hijo, madre y hermanas de la víctima directa, razón por la cual los solicitantes se encuentran dentro del nivel 1 y 2 antes expuestos, **en virtud de lo cual la indemnización del perjuicio procede con la sola acreditación de la prueba del estado civil.**

En este caso se acreditó el parentesco entre la víctima directa, señora María Victoria Hincapié Correa y su hijo, señor Juan Pablo Cardona (f. 23 C.1.). El registro civil de nacimiento de la víctima directa que la acredita como hija de la señora Libia Correa de Hincapié (C.1 f. 21), y los registros civiles de nacimiento de las señoras Adriana Lucía Hincapié Correa (f. 25 C.1), y el de Gloria Elena Hincapié Correa (f. 26 C.1) que las acredita como hermanas de la señora MVHC.

En ese sentido, el Juzgado accede a condenar a las entidades demandadas al pago de los perjuicios morales en favor de los demandantes en la misma forma pedida en la demanda, en la medida que se atienen a los criterios y montos fijados en la jurisprudencia de unificación jurisprudencial.

En ese caso, el Hospital San Marcos de Chinchiná (Caldas), la EPS SALUDCOOP y la IPS Clínica del Café (DUMIAN MEDICAL S.A.S.) se les condenará a pagar en forma solidaria, en favor de los demandantes, los perjuicios morales en las cuantías que a continuación se relacionan, tasados en salarios mínimos legales mensuales vigentes a la fecha de ejecutoria de esta sentencia:

- I. PABLO ALEJANDRO CARDONA HINCAPIÉ (Hijo): 100 SMLMV.***
- II. LIBIA CORREA DE HINCAPIÉ (Madre): 100 SMLMV.***
- III. ADRIANA LUCÍA HINCAPIÉ CORREA (Hermana): 50 SMLMV.***
- IV. GLORIA HELENA HINCAPIÉ CORREA (Hermana): 50 SMLMV.***

2.6.2 Lucro cesante

La parte demandante erigió la siguiente pretensión:

“SEGUNDA: Como consecuencia de lo anterior, se **CONDENE** a las demandadas al pago en favor de **PABLO ALEJANDRO CARDONA HINCAPIÉ, LIBIA CORREA DE HINCAPIÉ, ADRIANA LUCÍA HINCAPIÉ CORREA y GLORIA HELENA HINCAPIÉ CORREA**, por los perjuicios materiales ocasionados en la modalidad de **LUCRO CESANTE** por valor de **TRESCIENTOS DOCE OCHOCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/CTE (\$312.850.000)** que se discriminan de la siguiente manera:

- I. **LUCRO CESANTE CONSOLIDADO:** se deriva de lo devengado por la señora **MARIA VICTORIA HINCAPIÉ CORREA** en su calidad de concejal del Municipio de Palestina (Caldas) por el periodo constitucional 2012-2015 y los ingresos familiares producto de cultivar, producir y comercializar las flores de donde convivían la señora Libia, Adriana, Gloria y María Victoria; cifras que sumadas resultan ser:

$\$1.100.000$ (Honorarios mensuales concejal) $\times$ 23.5 (Meses transcurridos desde el fallecimiento hasta la fecha en que debía terminar el periodo constitucional) = $\$23.850.000$.

$\$1.000.000$ (Ingresos familiares mensuales de cultivar, producir y comercializar flores) $\times$ 26 (Meses transcurridos desde el fallecimiento hasta la presentación de la demanda) = $\$26.000.000$
TOTAL: $\$25.850.000 + \$26.000.000 = \$51.850.000$

- II. **LUCRO CESANTE FUTURO:** se deriva de los ingresos familiares producto de cultivar, producir y comercializar las flores de la finca:
 $\$1.000.000$ (Ingresos familiares mensuales de cultivar, producir y comercializar flores) $\times$ 261 (Meses transcurridos desde la fecha de presentación de la demanda hasta la fecha de expectativa de vida)
TOTAL: $\$261.000.000$

De acuerdo a la certificación de la Tesorería General de la Secretaría de Hacienda del Municipio de Palestina Caldas, obrante a folios 164 del cuaderno 1.1 digitalizado, la señora MVHC se desempeñaba como Concejal del Municipio de Palestina Caldas. En las pretensiones se indica que el periodo constitucional iba desde el año 2012 al 2015, y en la certificación se indicó que en el año 2012 no se le realizaron

pagos porque no ocupaba la mencionada curul, aspecto que desde luego puede deberse a múltiples circunstancias, como lo sería por ejemplo la falta del concejal titular por cualquier causa y su reemplazo con quien seguía en la lista por el partido o movimiento político al que se había inscrito la señora MVHC.

Dada la prueba sobre la actividad y el monto de la misma, el Juzgado procederá a acceder a las pretensiones de la demanda respecto del lucro cesante consolidado por la actividad que ejercía la señora MVHC como Concejal del Municipio de Palestina Caldas, la cual se tasará de acuerdo a la liquidación que se realizará en el acápite 2.6.2.2. de esta providencia.

2.6.2.1 Lucro cesante futuro y el lucro cesante consolidado por la actividad económica en el vivero.

La otra solicitud de Lucro Cesante Consolidado por la indemnización referida a los ingresos de \$1.000.000 mensuales por *“cultivar, producir y comercializar flores”* por 26 meses transcurridos desde el fallecimiento de la señora MV hasta la fecha de presentación de la demanda, así como el Lucro Cesante Futuro por el mismo monto y origen de ingresos por 261 meses transcurridos desde la presentación de la demanda hasta la fecha de expectativa de vida de la señora MVHC, el Juzgado encuentra que los mismos han de ser negados en la medida que tanto la actividad productiva, como el monto mensual percibido por concepto de ingresos de esa actividad económica, no quedaron suficientemente probados en el expediente.

Para acreditar este perjuicio la parte demandante aportó al debate los testimonios de los señores Diego Gallego López y Hernán Alonso Taborda, este último testimonio tachado por la Clínica del Café y el de Lizeth Stepany Quintero Patiño, testimonio tachado por La Previsora S.A. Compañía de Seguros.

El señor Diego Gallego López, informó que para la fecha de la audiencia se desempeña como Notario de Aránzazu desde hace más de 19 años. Que siempre ha tenido finca por la de los aquí demandantes. Que Conoció a la señora MVHC, a su madre Libia y a sus hermanas hace más de 50 años, desde 1969, con los cuales dice a minuto 17:47⁵³ que eran las personas con las que vivía la señora María Victoria para la fecha de su fallecimiento. Dice que antes y después del fallecimiento de MVHC iba cada 15 o 20 días a la finca, pero ella lo visitaba mucho cuando él vivía en Chinchiná⁵⁴ y luego del fallecimiento cuando va a la finca a veces visita a los demandantes y charla con ellos.

⁵³ Testimonio minuto 06:33 a 26:07 “Aud. Pruebas 2 (f.457).mpg”

⁵⁴ Minuto 10:20 “Aud. Pruebas 2 (f.457).mpg”

Refirió a minuto 16:25 que la señora MVHC tenía un vivero que ha sido empresa familiar, pero está en cabeza de Adriana Lucía, pero tanto Gloria Elena como María Victoria se encargaban del mantenimiento y de las ventas del vivero; que Juan Pablo se encargaba de transportar las plantas.

Luego el apoderado de la parte demandante le preguntó si sabía a qué se dedicaba la señora MVHC y respondió que concejala y comerciante del vivero. Seguidamente le preguntó si sabía si ella aportaba al mantenimiento económico de la familia y contestó “sí, ella aportaba”⁵⁵. El Juzgado le preguntó por qué tenía conocimiento de ello y aseguró que *“en 1968 yo los conocí a ellos, y ellos vivían a media cuadra de la casa, he compartido con ellos, ellos mantenían en la casa, las hermanas mías mantenían en la casa de ella y ella muchas veces se quedaba en la casa también, entonces éramos muy muy allegados, entonces puedo decir cuántos novios tuvo María Victoria, en qué tiempo, dónde estudió, cuándo terminó, los conozco muy bien”*⁵⁶.

Seguidamente el apoderado de la parte demandante le preguntó cómo supo exactamente cómo María Victoria aportaba en la casa, frente a lo que precisó *“me encontraba con ella en el supermercado, la veía mercar, para dónde va, acá mercando o Pablo Alejandro va pa’ tal parte me toca darle una plata, Pablo Alejandro se fue para una finca le voy a mandar una plática.”*⁵⁷

Frente a pregunta del apoderado de la Clínica del Café refirió que el vivero estaba en cabeza de Adriana Lucía porque era la persona que más estaba al pendiente del vivero, pero no porque le constara que la titularidad del vivero era de la citada señora.

Lo anterior, contrasta con respuesta que la testigo Lizeth Stephany compañera permanente del demandante Pablo Alejandro, que aseguró a minuto 38:25 de la audiencia, frente a pregunta del apoderado de la misma IPS sobre si el vivero era propiedad de Adriana Lucía, frente a lo que la testigo le manifestó que antes era de la señora María Victoria, pero que desde unos 6 meses a la fecha de la audiencia estaban tratando de que el vivero fuera un sustento para ellos, y que sepa no está registrado en cámara y comercio, por lo que dice que *“seguro debe de ser una actividad informal.”*

Así mismo aseveró que la señora María Victoria murió en enero de 2014, y ella conoció a Pablo Alejandro 8 meses después en septiembre 2014, razón por la cual

⁵⁵ Minuto 18:06 “Aud. Pruebas 2 (f.457).mpg”

⁵⁶ Minuto 18: 20 a 18:49 “Aud. Pruebas 2 (f.457).mpg”

⁵⁷ Minuto 21:18 a 21:32 “Aud. Pruebas 2 (f.457).mpg”

lo que esta testigo pueda saber al respecto lo sabe de oídas mas no le puede constar si efectivamente la señora María Victoria laboraba en ese vivero, y mucho menos puede dar fe de que los ingresos mensuales por ese trabajo ascendían a la suma mensual de un millón de pesos, o exactamente cuál era dicho monto.

Finalmente, el testigo Hernán Alonso Taborda, quien se identificó como sobrino de doña Libia madre de la señora María Victoria, y por tanto su primo, adujo en audiencia de pruebas que en la finca se dedicaba a la fumigación y hacía todo lo propio de esas labores de jornalero.⁵⁸ Dijo que iba prácticamente todos los días a la finca, y que para esos años posteriores a la muerte de la señora María Victoria quien le pagaba por sus labores era Adriana Lucía o Pablo, “*quien tuviera la plata*”,⁵⁹ por lo que en síntesis este testigo no expuso al Juzgado declaración alguna que permitiera inferir si la señora MVHC obtenía ingresos derivados de dicho vivero, y a cuánto ascendían.

En ese sentido el lucro cesante consolidado y futuro por este concepto no encuentra prueba que lo justifique en el expediente, razón por la cual se negará su liquidación.

El testimonio de la señora Lizeth Stephany fue tachado de sospechoso por La Previsora S.A. por ser compañera permanente del demandante⁶⁰ y el del señor Hernán Taborda fue tachado por la Clínica del Café, dada relación de familiaridad con los demandantes.⁶¹

Sobre el particular, el artículo 211 del Código General del Proceso estableció:

“ARTÍCULO 211. IMPARCIALIDAD DEL TESTIGO. *Cualquiera de las partes podrá tachar el testimonio de las personas que se encuentren en circunstancias que afecten su credibilidad o imparcialidad, en razón de parentesco, dependencias, sentimientos o interés en relación con las partes o sus apoderados, antecedentes personales u otras causas.*

La tacha deberá formularse con expresión de las razones en que se funda. El juez analizará el testimonio en el momento de fallar de acuerdo con las circunstancias de cada caso. (...)”

Revisadas las declaraciones de los testigos, se observa que sus manifestaciones en audiencia obedecen precisamente a la relación de cercanía que tenían con los demandantes, una en calidad de compañera permanente del hijo de la señora María Victoria, y el otro en calidad de familiar -primo de la señora MVHC- y de trabajador de la finca donde tenían los demandantes el vivero, del cual refieren que la señora María Victoria derivaba otros ingresos adicionales a su actividad como Concejal del

⁵⁸ Minuto 46:20

⁵⁹ Minuto 42:59 a 43:42

⁶⁰ Minuto 26 en adelante

⁶¹ Minuto 41:02

municipio de Palestina Caldas, sin que en una y otra declaración se hayan advertido declaraciones amañadas, inventadas, o sospechosas que hagan declarar la prosperidad de las tachas propuestas.

2.6.2.2. Indemnización debida o consolidada:

Para la liquidación del lucro cesante consolidado respecto de los ingresos percibidos por la señora María Victoria como concejal del Municipio de Palestina Caldas, se aplicará la siguiente formula y conceptos:

El lucro cesante consolidado se calculará con base en la siguiente fórmula:

$$S = Ra \frac{(1 + i)^n - 1}{i}$$

Donde:

S = Es la indemnización a obtener.

Ra = Base liquidación sobre la cual se liquida el lucro cesante consolidado, que en este caso es de: **\$ 826.330**⁶²

i= Interés puro o técnico: **0.004867**

n= Número de meses que comprende el período de la indemnización: 1 año, 11 meses y 19 días (desde el 12 de enero de 2014, día siguiente a la muerte de la señora MVHC hasta el 31 de diciembre de 2015, finalización del periodo constitucional como concejal), esto es **23,6 meses**.

No se realizará el incremento por prestaciones sociales porque no se demostró la existencia de una relación laboral, habida cuenta que lo percibido por la señora MVHC se trataba de honorarios y no de salario laboral.

Reemplazando tenemos:

$$S = \$826.330 \frac{(1 + 0.004867)^{23,6} - 1}{0.004867}$$

$$S = \$20.612.451,74$$

En consecuencia, se reconocerá por concepto de lucro cesante consolidado, a favor de los demandantes, la suma de **VEINTE MILLONES SEISCIENTOS DOCE MIL**

⁶² Considerando entonces que el periodo constitucional en todo caso terminaba en el año 2015 y los honorarios que esta recibió de enero de 2013 a enero de 2014 fueron en cuantía de \$9.915.960, se tiene que la accionante devengaba un promedio mensual de \$9.915.960 / 12: \$826.330

CUATROCIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS, CON SETENTA Y CUATRO CENTAVOS (\$20.612.451,74).

Esta suma deberá indexarse de acuerdo a la fórmula empleada por la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo desde el **1 de enero de 2016**, como índice inicial, y **hasta la fecha de ejecutoria de esta providencia**, como índice final, aplicando la siguiente fórmula

$$R = R.H. \frac{\text{Índice Final}}{\text{Índice Inicial}}$$

En la que el valor presente (R) se determina multiplicando el valor histórico (RH) que es lo dejado de percibir por el demandante, esto es, el valor del lucro cesante consolidado, por el guarismo que resulte de dividir el índice final de precios al consumidor certificado por el DANE, vigente en la fecha de ejecutoria de esta providencia, por el índice vigente a la fecha en la cual se causó el derecho.

Finalmente, se declarará probada la excepción de mérito propuesta por la Aseguradora PREVISORA SEGUROS, denominada “**INSUFICIENCIA DE LA PRUEBA PARA DEMOSTRAR PERJUICIOS**” únicamente respecto de las solicitudes de Lucro Cesante Consolidado por la indemnización referida a los ingresos de \$1.000.000 mensuales por “*cultivar, producir y comercializar flores*” por 26 meses transcurridos desde el fallecimiento de la señora MV hasta la fecha de presentación de la demanda, así como por la solicitud del Lucro Cesante Futuro por el mismo monto y origen de ingresos por 261 meses transcurridos desde la presentación de la demanda hasta la fecha de expectativa de vida de la señora MVHC, habida cuenta que la prueba arrimada al proceso no acreditó la configuración de los mentados perjuicios.

2.7. Los llamamientos en garantía

El artículo 225 del Código Contencioso Administrativo y de Procedimiento Administrativo permite a la parte demandada formular el llamamiento en garantía en el medio de control de reparación directa; concretamente expresa “(...) *Quien tenga derecho legal o contractual de exigir a un tercero la indemnización del perjuicio que llegare a sufrir, o el reembolso total o parcial del pago que tuviere que hacer como resultado de la sentencia podrá pedir la citación de aquel, para que en el mismo proceso se resuelva sobre tal relación*”; y como en el presente asunto habrá condena contra del Hospital San Marcos y la IPS Clínica del Café, y estas llamaron en garantía a la compañía de seguros, procede entonces analizar la relación entre éstas y las llamadas en garantía.

2.7.1. El Hospital San Marcos de Chinchiná Caldas llamó en garantía a la Aseguradora Solidaria de Colombia con fundamento en la póliza de seguro de responsabilidad civil clínicas y centros médicos 500-88-9940000000004. (Cuaderno 2.1 digitalizado f.2-11), frente a lo cual la Aseguradora Solidaria de Colombia se opuso proponiendo las excepciones de *“EXCEPCION DENOMINADA EXCLUSIÓN EXPRESA DEL LUCRO CESANTE, DAÑO MORAL, PERJUICIOS FISIOLÓGICOS O DE VIDA DE RELACIÓN Y LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL”* y *“EXCLUSIÓN EXPRESA DE LA PÓLIZA”*, *“LA COBERTURA DE LA PÓLIZA SUJETA A LA CLÁUSULA CLAIMS MADE”*, *“EXCEPCIÓN DE LÍMITE DE RESPONSABILIDAD DE LA PÓLIZA”*, *“EXCEPCIÓN GÉNERICA”* (f.28-39 C. 2.1. digitalizado).

La primera de las excepciones, la fundamentó en que la citada póliza se rige por las estipulaciones del Código de Comercio y las Condiciones Generales No. 10112010-1502-75-RC-36.

Refirió que estas últimas contemplan como exclusiones del amparo en su apartado 2.16: **el lucro cesante, el daño moral, los perjuicios fisiológicos o de vida de relación y la responsabilidad civil extracontractual**, pues el amparo se limita a cubrir únicamente **el daño emergente causado**, tal y como consta en la cláusula 1.1.

Así mismo refirió que la cláusula 2.18 consagra una exclusión referida a que la reclamación provenga de una *“responsabilidad civil proveniente de errores y omisiones o la falta de gestión del director médico y el personal administrativo de la Institución asegurada”*.

Así mismo, aseguró que la cobertura de la póliza está sujeta a la cláusula Claims Made que precisa que el reclamo se haya hecho a la aseguradora durante la vigencia de la misma, sin embargo, en este caso, el reclamo ocurrió con ocasión de la audiencia de conciliación extrajudicial solicitada el 8 de enero de 2016 y celebrada el 05 de abril de 2016, es decir, fuera de la vigencia de la póliza.

Finalmente, refirió que el amparo por responsabilidad civil institucional asciende a la suma de cuatrocientos millones de pesos con un deducible pactado a cargo del asegurado del 10% de la pérdida, o como mínimo \$5.000.000.

Revisada la póliza No. 500-88-9940000000004 se observa que el objeto del seguro es *“mantener indemne al asegurado por cuanto deba pagar a un tercero, o sus derecho-habientes, en razón de la Responsabilidad Civil incurrida de acuerdo a la legislación vigente, por los perjuicios materiales por responsabilidad civil profesional médica imputable a los médicos, enfermeras y personal paramédico, vinculados a*

la E S S E Hospital San Marcos mediante relación laboral o con autorización expresa del asegurado, ocurrida durante el periodo de vigencia de la póliza y cuyo reclamo se formule por primera vez contra el Asegurado o su Asegurador durante el mismo periodo de vigencia del seguro.”

Por su parte, las condiciones generales de la “POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DE CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS -CONERTURA BASE CLAIMS MADE”, estipularon que el amparo básico que cubre el seguro se refiere, entre otras a la:

1.1.1 RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL: ESTE SEGURO SE EXTIENDE A cubrir la responsabilidad civil profesional médica institucional respecto del daño emergente por lesión o muerte ocasionados como consecuencia directa de errores y omisiones en el acto médico, durante la prestación de un servicio médico ejecutado en ejercicio de las actividades profesionales que correspondan a la institución o al personal auxiliar interviniente siempre y cuando hayan actuado dentro de la especialidad para la cual se encuentren debidamente autorizados.

De igual forma se lee tanto del texto de la póliza (f. 45 C.2.1), como de las condiciones generales (f.51-52 C.2.1) que ese seguro ampara el daño emergente que puedan sufrir los pacientes por el transporte en ambulancia, la responsabilidad civil del director médico, el uso de equipo diagnóstico o terapéutico, el suministro de medicamentos y gastos de defensa.

Así mismo, tanto de la póliza (f. 48C.2.1), como de las condiciones generales (f. 52-53 C.2.1), específicamente en el artículo 2° de este último documento, se estipularon como exclusiones las del lucro cesante, daño moral, perjuicios fisiológicos o de vida de relación y la responsabilidad civil extracontractual:

2. “EXCLUSIONES GENERALES APLICABLES A TODO EL CONTRATO.

LA ASEGURADORÁ QUEDARÁ LIBERADA DE TODA RESPONSABILIDAD BAJO EL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO CUANDO SE PRESENTE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES HECHOS O CIRCUNSTANCIAS:

(...)

2.16 LUCRO CESANTE, DAÑO MORAL, PERJUICIOS FISIOLÓGICOS O DE VIDA DE RELACIÓN Y LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL”

En el caso concreto, la parte demandante solicitó el amparo de los perjuicios materiales de lucro cesante, y el inmaterial de daños morales. La indemnización de ambos perjuicios se ordenó en el caso concreto, por lo que es claro concluir que a la Aseguradora le asiste razón en la fundamentación de la excepción de *“EXCEPCION DENOMINADA EXCLUSIÓN EXPRESA DEL LUCRO CESANTE, DAÑO MORAL, PERJUICIOS FISIOLÓGICOS O DE VIDA DE RELACIÓN Y LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL”*, habida cuenta que la Aseguradora Solidaria de Colombia no tiene en el caso bajo estudio la obligación legal o contractual de reembolsar el pago que el Hospital San Marcos de Chinchiná deberá hacer a los demandantes como resultado de la sentencia que se dicte en este proceso, pues el amparo de la póliza de seguro tomada no cubre los perjuicios cuya indemnización precisamente se ordenó resarcir, y por tanto, así se declarará.

2.7.2. La IPS Clínica del Café (DUMIAN MEDICAL S.A.S.) llamó en garantía a la PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, con fundamento en la póliza No. 1040171 (f.268-272 C.2), que ampara la responsabilidad civil extracontractual de la IPS durante la vigencia del 17 de mayo de 2013 al 17 de mayo de 2014 (. 265-292 C.2)

La PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS se opuso al llamamiento en garantía y propuso las excepciones de **“EXCEPCIÓN INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN IMPUTABLE AL ASEGURADO”**, pues no es posible ejercer condena alguna sobre el asegurado, por cuanto no fue culpable de la muerte reclamada en la demanda, excepción que no está llamada a prosperar dada la condena de la sociedad DUMIAN MEDICAL S.A.S en el caso concreto.

Así mismo propuso las excepciones de: **-“EXCEPCIÓN SUBSIDIARIA: LÍMITE Y SUBLÍMITE DE LA SUMA ASEGURADA Y REEMBOLSO”**: Dado que el amparo tiene un sublímite de DAÑOS EXTRAPATRIMONIALES de \$150.000.000 por evento y \$300.000.000 por vigencia, que dependerá que no se haya agotado tal fondo con el pago de otras reclamaciones, y que la póliza “opera como reembolso, es decir, deberá el asegurado cancelar los posibles montos y luego debe solicitar el reembolso a la aseguradora; no es posible entonces, en este sistema fijar condena económica en contra de mi poderdante”.

-“EXCEPCIÓN SUBSIDIARIA: DEDUCIBLE PACTADO”, el cual corresponde al 10% sobre el valor de la pérdida, mínimo \$7.000.000 para el amparo de COBERTURA RC CLÍNICAS Y HOSPITALES, como también para el amparo sublimitado DAÑOS EXTRAPATRIMONIALES.

-**“EXCEPCIÓN PRINCIPAL. INEXISTENCIA DE COBERTURA DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA LOS HECHOS DE LA DEMANDA”**, pues en la condición primera -amparo y exclusiones, se estableció:

“EXCLUSIONES. EL ASEGURADOR NO CUBRIRÁ BAJO NINGUNA CIRCUNSTANCIA “RECLAMACIONES” Y/O “INDEMNIZACIONES” QUE EL ASEGURADO TENGA QUE PAGAR POR “DAÑOS MATERIALES” Y/O “LESIONES CORPORALES” QUE SEAN CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE:

(...)

2.11) PROVOCACIÓN INTENCIONAL DEL DAÑO (DOLO) Y/O CULPA GRAVE EN EL EJERCICIO DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD”

En ese sentido si apareciera probado que la muerte de la señora María Victoria obedeció a que el personal médico y paramédico de DUMIAN MEDICAL SAS actuó con intención propia de causar perjuicios a la paciente, este amparo estaría excluido de la cobertura de la póliza. También propuso la **“EXCEPCIÓN SUBSIDIARIA: LA GENERICA”**.

Finalmente, propuso la excepción de **“AUSENCIA DE AMPARO BAJO LA POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL, ANTE LA NO NOTIFICACIÓN OPORTUNA DEL SINIESTRO (NO HABERSE LLAMADO EN GARANTÍA CON UNA POLIZA VIGENTE”**, dado que la póliza No. 10040171 precisa para solicitar el amparo en su numeral 1.1, literal a) que el evento sea reclamado y notificado por primera vez durante el término de la vigencia, lo cual se denomina dentro de *“la técnica en seguros como de DESCUBRIMIENTO, y precisamente se basa para la eficacia del evento otorgado, en que el evento, como se explicó, sea reclamado o notificado en el término por el cual estuvo vigente (...)”* y que en este caso la póliza aportada tenía vigencia del **17 de mayo de 2013 al 17 de mayo de 2014**, y la audiencia de conciliación extrajudicial en derecho se llevó a cabo con fecha posterior a la vigencia de la póliza.

Que entre las exclusiones de la póliza se encuentra en el numeral 2.40 las reclamaciones que sean **“FUERA DEL LIMITE TEMPORAL DE VIGENCIA, O DEL PLAZO ADICIONAL PACTADO EN EL ENDOSO CORRESPONDIENTE, AUNQUE DICHAS NOTIFICACIONES, RECLAMOS O DEMANDAS SE DERIVEN DE ACTOS MÉDICOS PRACTICADO DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA”**

En ese sentido recalcó que al tratarse de *“una póliza de descubrimiento, no debió llamarse en garantía con la póliza vigente para el momento de los hechos generados de la presente acción, sino, con la póliza para el momento en que le fuera presentada la reclamación, es decir la vigente para el momento en que le fuera notificado a DUMIAN MEDICAL SAS la citación para la realización de la audiencia*

de conciliación vigente para los meses de enero, febrero, marzo de 2016, por tratarse de una póliza *Claims Made*". (C 2.1. digitalizado f. 175-195)

De acuerdo con la excepción propuesta, es necesario determinar si la reclamación ocurrió dentro de la vigencia del seguro, para lo cual es preciso la valoración de las cláusulas de la **PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS** celebrada entre la IPS CLÍNICA DEL CAFÉ (Dumian Medical S.A.S y La Previsora S.A. Compañía de seguros.

Sea lo primero decir, que este tipo de pólizas de seguro han sido llamadas por la Jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia⁶³ y avalada por la jurisprudencia del Consejo de Estado⁶⁴ como ***claims made* o "reclamo hecho"** como aquella que respecto de la cual no basta que el siniestro ocurra durante la vigencia de la póliza, sino que la reclamación debe presentarse durante ese mismo plazo:

(...)

La solución adoptada, que buscó un equilibrio entre la necesidad de cobertura para los asegurados –integrados por los administradores de una persona jurídica, por esta misma, por sus socios e incluso terceros que pueden verse afectados- y la imposibilidad de alcanzar un pacto con una prima competitiva, fue la de permitir las denominadas cláusulas *Claims made* o *Reclamación hecha*, a través de las cuales, a bajos costos para los tomadores, es viable amparar la responsabilidad de administradores, incluso por el manejo y riesgos financieros, **siempre condicionado a que dentro de la vigencia del contrato o, en su defecto, en un lapso convenido, se haga la reclamación por parte de la víctima.**

(...)

Luego, con independencia de los elementos requeridos para la configuración del siniestro -concebido en el precepto 1072 del estatuto mercantil como la realización del riesgo asegurado-, lo cierto es que se consagró una formalidad adicional, a efectos de que la aseguradora quede obligada a su pago, itérese, la radicación de la reclamación dentro del espacio temporal de cobertura.

Entonces, la ocurrencia del suceso perjudicial que consagra el artículo 1131 *ejusdem* es suficiente para la configuración del siniestro, empero, **si se ha pactado la modalidad de reclamación hecha (*claims made*), también se exige el reclamo judicial o extrajudicial en el término de vigencia pactado o en el plazo ulterior convenido, hecho por la víctima**

⁶³ Corte Suprema de Justicia. Sentencia del 18 de julio de 20174 Magistrado ponente: Arnoldo Wilson Quiroz, radicación: 76001-31-03-001-2001-00192-01.

⁶⁴ Ver sentencias del Consejo de Estado del veinticinco (25) de enero de dos mil dieciocho (2018). Sección Cuarta. M.P JULIO ROBERTO PIZA RODRÍGUEZ Radicación número: 11001-03-15-000-2017-02479-00(AC), y sentencia del 11 de julio de 2017 Sección Tercera, M.P. SANDRA LISSET IBARRA VÉLEZ. Radicación número: 11001-03-15-000-2017-01369-00(AC)

al asegurado, o al asegurador en ejercicio de la acción directa, el que demarca la obligación indemnizatoria a cargo de éste, pudiendo involucrar, incluso sucesos pretéritos e ignorados por el asegurado, es decir, ocurridos con anterioridad a la iniciación de la vigencia de la póliza -de existir acuerdo contractual.

Esta doble exigencia consagrada en la ley 389 de 1997 (siniestro y reclamación dentro del término específico), no admitida en el sistema tradicional de suceso dañoso imputable al asegurado, a que se refiere el precepto 1131 de la codificación mercantil, deberá agotarse en todos los casos para el nacimiento de la obligación resarcitoria del asegurador.

(...)

Por su parte, las cláusulas «*claims made*» o «*reclamo hecho*» constituyen una limitación temporal al cubrimiento, porque no basta que los sucesos generadores de responsabilidad civil ocurran, **sino que también es menester que la reclamación por parte del damnificado se materialice durante la vigencia de la póliza o en el periodo adicional y específico estipulado**, de tal suerte que si esta no se presenta oportunamente, se excluye el referido débito a cargo del asegurador, a pesar de presentarse el hecho dañoso (Negrillas fuera de texto).⁶⁵

De acuerdo a la Póliza de Responsabilidad Civil No. 1040171 que reposa de folios 268 a 272 del cuaderno 2 digitalizado, el OBJETO DEL SEGURO es “Amparar la *responsabilidad civil propia de la clínica hospital y/u otro tipo de establecimiento o instituciones medicas bajo las limitaciones y exclusiones descritas en el clausulado general, incluyendo predios, labores y operaciones, además de la responsabilidad civil en que incurra la entidad asegurada exclusivamente como consecuencia de cualquier “acto médico” derivado de la prestación de servicios profesionales de atención en la salud de las personas, de eventos ocurridos y reclamados durante la vigencia de la presente póliza*”

De acuerdo a la condición décima (EXTENSIÓN DEL PERÍODO PARA RECLAMOS) (f.193 C.2.1), del documento de Condiciones Generales de la Póliza:

“La extensión del período para reclamos dará el derecho al Asegurado a extender, hasta un período máximo de dos (2) años, la cobertura para los reclamos que se reciban o se formulen con posterioridad a la vigencia de la póliza y exclusivamente por actos médicos ocurridos durante la vigencia de la póliza.

*El anexo de Extensión del Periodo para Reclamos no cambiará la fecha de vigencia de la presente póliza. Simplemente extenderá el periodo durante el cual, el Asegurado, podrá poner en conocimiento de **PREVISORA** dichos reclamos.*

⁶⁵ Ibídem 63

(...)”

En ese sentido, la excepción de inoperancia de la póliza ante la no notificación oportuna del siniestro, está llamada a prosperar teniendo en cuenta que la póliza tenía vigencia desde el **17 de mayo de 2013 al 17 de mayo de 2014**, pero con una Extensión del Periodo para Reclamos de dos años con posterioridad a la vigencia de póliza, **es decir, hasta el 17 de mayo de 2016**, y LA PREVISORA fue llamada en garantía por DUMIAN MEDICAL S.A.S. IPS CLÍNICA DEL CAFÉ únicamente hasta el 17 de enero de 2017 (ver de manera legible a folios 163 del cuaderno 2 físico), siendo notificado del llamamiento en garantía el 05 de septiembre de 2017 (f. 73 C. 2.1), es decir, fuera de la vigencia de la póliza.

En virtud de lo anterior, el Juzgado declarará probada la excepción de mérito propuesta por LA PREVISORA S.A., denominada “AUSENCIA DE AMPARO BAJO LA POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL, ANTE LA NO NOTIFICACIÓN OPORTUNA DEL SINIESTRO (NO HABERSE LLAMADO EN GARANTÍA CON UNA POLIZA VIGENTE”.

2.8. Sobre las excepciones

Se negarán todas las excepciones propuestas por DUMIAN MEDICAL S.A.S IPS CLÍNICA DEL CAFÉ y por el HOSPITAL SAN MARCOS DE CHINCHINÁ, habida cuenta que ninguna de ellas se encontró probada.

Se declarará probadas las excepciones de “*EXCEPCION DENOMINADA EXCLUSIÓN EXPRESA DEL LUCRO CESANTE, DAÑO MORAL, PERJUICIOS FISIOLÓGICOS O DE VIDA DE RELACIÓN Y LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL*”, propuesta por la Aseguradora Solidaria de Colombia frente al llamamiento en garantía efectuado por el Hospital San Marcos de Chinchiná, y la de “AUSENCIA DE AMPARO BAJO LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL, ANTE LA NO NOTIFICACIÓN OPORTUNA DEL SINIESTRO (NO HABERSE LLAMADO EN GARANTÍA CON UNA POLIZA VIGENTE)” propuesta por LA PREVISORA S.A., frente al llamamiento en garantía efectuado por DUMIAN MEDICAL S.A.S IPS CLÍNICA DEL CAFÉ.

2.9. Condena en costas

Sin condena en costas contra las entidades demandadas, de acuerdo a lo preceptuado en el artículo 188 de la Ley 1437 de 2011, adicionado por la Ley 2080 de 2021, como quiera que la defensa frente a la demanda se presentó con fundamentos legales razonables.

En mérito de lo expuesto, el **JUZGADO PRIMERO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE MANIZALES**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

RESUELVE

PRIMERO: DECLARAR NO PROBADAS todas las excepciones propuestas por **DUMIAN MEDICAL S.A.S -IPS CLÍNICA DEL CAFÉ-** y por el **HOSPITAL SAN MARCOS DE CHINCHINÁ**, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.

SEGUNDO: DECLARAR PROBADA la excepción de mérito incoada por LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS frente a la demanda, denominada ***“INSUFICIENCIA DE LA PRUEBA PARA DEMOSTRAR PERJUICIOS”***.

TERCERO: DECLARAR PROBADAS las excepciones de ***“EXCEPCION DENOMINADA EXCLUSIÓN EXPRESA DEL LUCRO CESANTE, DAÑO MORAL, PERJUICIOS FISIOLÓGICOS O DE VIDA DE RELACIÓN Y LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL”***, propuesta por la Aseguradora Solidaria de Colombia frente al llamamiento en garantía efectuado por el Hospital San Marcos de Chinchiná, y la de ***“AUSENCIA DE AMPARO BAJO LA POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL, ANTE LA NO NOTIFICACIÓN OPORTUNA DEL SINIESTRO (NO HABERSE LLAMADO EN GARANTÍA CON UNA POLIZA VIGENTE)”*** propuesta por LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, frente al llamamiento en garantía efectuado por DUMIAN MEDICAL S.A.S IPS CLÍNICA DEL CAFÉ, de acuerdo a lo expuesto en la parte considerativa de esta sentencia.

CUARTO: DECLARAR ADMINISTRATIVA, PATRIMONIAL Y SOLIDARIAMENTE RESPONSABLES a **DUMIAN MEDICAL S.A.S -IPS CLÍNICA DEL CAFÉ-**, el **HOSPITAL SAN MARCOS DE CHINCHINÁ** y a la **EPS SALUDCOOP** por los perjuicios materiales e inmateriales causados a los demandantes por la falla en la prestación del servicio médico dispensado a la señora **MARÍA VICTORIA HINCAPIÉ CORREA**.

QUINTO: CONDENAR a las entidades **DUMIAN MEDICAL S.A.S -IPS CLÍNICA DEL CAFÉ-**, el **HOSPITAL SAN MARCOS DE CHINCHINÁ** y a la **EPS SALUDCOOP** a reconocer y pagar en forma solidaria, en favor de los demandantes, los perjuicios inmateriales por concepto de daños morales en las cuantías que a continuación se relacionan, tasados en salarios mínimos legales mensuales vigentes a la fecha de ejecutoria de esta sentencia:

- I. **PABLO ALEJANDRO CARDONA HINCAPIÉ (Hijo):** 100 SMLMV.
- II. **LIBIA CORREA DE HINCAPIÉ (Madre):** 100 SMLMV.
- III. **ADRIANA LUCÍA HINCAPIÉ CORREA (Hermana):** 50 SMLMV.
- IV. **GLORIA HELENA HINCAPIÉ CORREA (Hermana):** 50 SMLMV.

SEXTO: CONDENAR a las entidades **DUMIAN MEDICAL S.A.S -IPS CLÍNICA DEL CAFÉ-**, el **HOSPITAL SAN MARCOS DE CHINCHINÁ** y a la **EPS SALUDCOOP** a reconocer y pagar en forma solidaria, en favor de los demandantes, perjuicios materiales por concepto de lucro cesante debido o consolidado, en cuantía de **VEINTE MILLONES SEISCIENTOS DOCE MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS, CON SETANTA Y CUATRO CENTAVOS (\$20.612.451,74).**

SÉPTIMO: La anterior suma por concepto de lucro cesante debido o consolidado deberá **indexarse** de acuerdo a la fórmula empleada por la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo indicada en el apartado **2.6.2.2.** de esta providencia, desde el 1 de enero de 2016, como índice inicial, y hasta la fecha de ejecutoria de esta providencia.

OCTAVO: NEGAR las demás pretensiones de la demanda.

NOVENO: SIN CONDENA EN COSTAS contra las entidades demandadas, de acuerdo a lo preceptuado en el artículo 188 de la Ley 1437 de 2011, adicionado por la Ley 2080 de 2021, como quiera que la defensa frente a la demanda se presentó con fundamentos legales razonables.

DÉCIMO: A la sentencia se le dará cumplimiento en los términos previstos en los artículos 192 y siguientes del CPACA.

DÉCIMO PRIMERO: En firme la sentencia, archívense los expedientes previa anotación en los programas informáticos con que cuenta el juzgado. Desde ahora se ordena la expedición de las copias que soliciten las partes, conforme a lo previsto en el artículo 114 del CGP.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

CLAUDIA YANETH MUÑOZ GARCÍA
JUEZ

LMJP

Firmado Por:
Claudia Yaneth Muñoz Garcia
Juez
Juzgado Administrativo
001
Manizales - Caldas

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

Código de verificación: **50305e795152393e0ab380a2df5124813dd4e1ed90961cebc8d5b7b2f2bf7923**

Documento generado en 12/04/2023 06:41:27 PM

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