

 Responder a todos   Eliminar  No deseado Bloquear ...

APELACION SENTENCIA PRIMERA INSTANCIA 2013-00449 GLADYS GALVAN Y OTROS VS CLINICA LA MILAGROSA Y OTROS



Parte del contenido de este mensaje se ha bloqueado porque el remitente no está en la lista de remitentes seguros. [Confío en el contenido de ajob59@hotmail.com.](#) | [Mostrar contenido bloqueado](#)

A

alberto jose ovalle betancourt <ajob59@hotmail.com>

Lun 6/07/2020 12:41 PM

Para: Juzgado 03 Administrativo - Magdalena - Santa Marta; notificacionesjudiciales@fps.gov.co y 12



APELACION DE SENTENCIA - ...
465 KB

Santa Marta 6 de julio de 2020

SEÑORA

**JUEZ TERCERO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE SANTA MARTA
SANTA MARTA**

ACTORES: GLADYS MARÍA GALVÁN ATENCIÓN Y OTROS

ACCIONADOS: CLÍNICA LA MILAGROSA S. A Y OTROS

RAD. 47001-3333-003-2013-00449-00

ASUNTO: RECURSO DE APELACIÓN

Mediante el presente correo allego recurso de apelación contra la sentencia de primera instancia.

Lo anterior, de conformidad con lo establecido en los artículos 2 y 3 del Decreto 806 de 2020, en concordancia con el artículo 2 del Acuerdo PCSJA20-11567 de 2020 y los artículos 103, 109 y 122 del Código General del Proceso y demás normas concordantes.

Copio este correo a las partes y terceros vinculados tal como lo señala artículo 78 numeral 14 del CGP.

Cordialmente,

Santa Marta 6 de julio de 2020

SEÑORA

JUEZ TERCERO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE SANTA MARTA

SANTA MARTA

ACTORES: GLADYS MARÍA GALVÁN ATENCIÓN Y OTROS

ACCIONADOS: CLÍNICA LA MILAGROSA S. A Y OTROS

RAD. 47001-3333-003-2013-00449-00

ASUNTO: RECURSO DE APELACIÓN

ALBERTO JOSÉ OVALLE BETANCOURT, actuando en representación de la parte actora, por medio del presente escrito me permito informarle que apelo la sentencia de primera instancia a fin de que la misma sea revocada en todas sus partes por el Honorable Tribunal Administrativo del Magdalena, con fundamento en las siguientes consideraciones:

1. LA PROVIDENCIA IMPUGNADA

Con relación a la hora de llegada a la Clínica por parte del señor **HERNANDO VALENCIA GALVÁN** se concluyó:

En relación con la hora de llegada del señor Hernando Valencia Giraldo a la Clínica la Milagrosa S.A. el día de su deceso, debe indicar esta Dependencia judicial que los testimonios recaudados coinciden en afirmar que el señor Valencia Giraldo **ingresó antes de las 15:00 pm a las instalaciones de la Sala de urgencia de la Clínica la Milagrosa**, lo cual armoniza con lo consignado en la nota de enfermería realizada el día 05 de enero de 2013, por la enfermera jefe Ilda Gattas y el Auxiliar de enfermería de urgencia Alex Rosado, conforme pasa a indicarse.

En ese orden de ideas, se tiene que del testimonio del señor CARLOS JULIO OLAYA CASTILLO y los interrogatorios realizados a las hijas del difunto señoras YOLEIDA ESTHER VALENCIA GALVAN y ANA MARIA VALENCIA GALVAN, son claros en señalar que el señor Hernando Valencia Giraldo se comunicó vía telefónica con su hija YOLEIDA ESTHER VALENCIA GALVAN, manifestándole que se sentía mal de salud y por esa razón se encontraba en la Sala de urgencia

de la Clínica la Milagrosa, quien ante la llamada manifestó que de forma inmediata se trasladó hasta la clínica, llegando aproximadamente a las tres de la tarde encontrando que su padre estaba siendo atendido por el personal de urgencias, siendo lo anterior reafirmado por el señor CARLOS JULIO OLAYA CASTILLO (esposo de la señora YOLEIDA ESTHER VALENCIA) en su testimonio.

Ahora bien, en la nota de enfermería del 05 de enero de 2013 denominada constancia de hechos se avizora que en ella se deja sentado que el señor Hernando Valencia Giraldo concurrió a las instalaciones de la Clínica La Milagrosa S.A. a las 14:40 pm, ingresando solo y por sus propios medios manifestando sentir dolor en el pecho, se indica en la nota que el difunto fue catalogado como TRIAGE II, indicándosele que sería atendido inmediatamente, no obstante, el paciente abandonó la sala de urgencias siendo aproximadamente las 14:45 horas, sostiene la enfermera en la nota que a las 14:50 se percató que el señor Valencia Giraldo se encontraba afuera del centro médico hablando por celular, no obstante, indica que salió a buscar al señor Valencia para que ingresara y así poder brindarle la atención médica, pero según se dejó consignado el paciente hizo caso omiso al llamado realizado, se indica además que siendo las 14:55 pm la enfermera vio al señor Valencia Giraldo agachado cerca de la puerta por lo cual lo hace ingresar, al ser interrogado sobre porque había salido de la sala de urgencia manifestó que estaba llamando a su esposa e hija, que una vez es ingresado nuevamente el paciente es llevado hasta el consultorio del médico y al retirarse la enfermera escuchó que se da la orden de activación del código azul, siendo trasladado el paciente a la sala de reanimación.

De lo antes expuesto para el Despacho no obra prueba suficiente que permita dar por ciertas las afirmaciones esbozadas por la parte actora en el escrito de la demanda entorno a una demora injustificada en la atención medica solicitada por el señor Hernando valencia Giraldo, **por el contrario las pruebas reseñadas dan fe que el señor Valencia Giraldo ingresó a la Clínica la Milagrosa S.A. a las 14:40 y cuando iba a ser atendido por el médico, el paciente abandonó la sala de urgencia, siendo dicho actuar el que propicio una demora aproximada de 20 minutos en la**

atención médica, no obstante, fue reingresado por parte del personal de enfermería, empero, el paciente presentó un síndrome coronario agudo con parada cardíaca, el cual lamentablemente pese a la atención suministrada ocasionó su fallecimiento.

(...) La parte actora a juicio del Despacho no acreditó que hubiera existido una demora en la atención atribuible las demandadas y que la misma se debió a una mala clasificación del Triage, como en efecto lo plantea en su escrito de demanda, pues, al efecto de probar la hora de llegada a la sala de urgencia **únicamente se allegaron pruebas de orden testimonial** los cuales no dan certeza respecto de la hora de llegada del señor Hernando Valencia Giraldo a la sala de urgencia

En ese orden lo único que permite al despacho tener certeza de la hora de ingreso del paciente a la sala de urgencias, es el diligenciamiento de la nota de en enfermería titulada constancia de hechos del día 05 de enero de 2013, las historia clínica del paciente y las notas de enfermería de las cuales se extrae lo consignado en párrafos precedentes.

En lo atinente a la clasificación Triage estimó el despacho:

En lo que respecta a una presunta errónea categorización de Triage debe indicar el despacho que los reparos realizados por la parte actora en el dictamen pericial, no tienen vocación de prosperidad, comoquiera que tal como se indicó en la audiencia de pruebas de exposición del dictamen los reparos realizados por el perito tomaron como base la clasificación del Triage regulada desde el año 2015 en la "Resolución 5596 del 24 de diciembre de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social", no obstante, los hechos que dan origen al presente proceso datan del año 2013 calenda para la cual no se encontraba vigente la resolución precitada, razón suficiente para que el despacho entre a desestimar lo indicado por el perito en relación a una presunta clasificación del Triage.

(...) Así las cosas, del recuento realizado en relación con el Triage considera el Despacho que dada la sintomatología presentada por el señor Hernando Valencia Giraldo quien se

reitera llevo por sus propios medios a urgencias, consiente y manifestando dolor torácico, contrario a lo afirmado por la parte demandante, los signos padecidos por el paciente encuadran dentro de una categorización de Triage tipo II como en efecto ocurrió, sin que ello sea considerado causal suficiente para predicar una pérdida de oportunidad por una indebida categorización de Triage que presuntamente conllevo a una atención medica tardía.

Finalmente concluyó:

De todo lo expuesto en la presente providencia se permite colegir el despacho que **no obra prueba alguna que permita inferir por parte de las entidades demandadas un comportamiento que le impidieran al señor Hernando Valencia Giraldo acceder a una atención médica en un menor tiempo, pues de las pruebas obrantes en el expediente solo se encuentra acreditado que el paciente fue atendido 20 minutos después de su ingreso a la sala de urgencia de la Clínica la Milagrosa S.A., y dicho tiempo entre la llegada del paciente y la atención medica se debió a que el mismo abandonó la sala de urgencias para comunicarse vía celular con sus familiares a quienes les estaba indicando que se encontraba en la entidad médica, por lo anterior, se advierte que la demora en la atención, resulta imputable a la propia víctima quien con su actuar retardo la atención medico asistencial**

Ahora bien, no puede pasar por alto el despacho que si bien la víctima abandonó la entidad medica durante un lapso aproximado de 20 minutos, lo cierto, es que al momento de reingresar al centro médico conforme se desprende de la historia clínica se le brindo por parte del cuerpo médico el soporte medico recomendado en la literatura médica, dado que una vez el paciente presentó la parada cardiaca se activó por parte del personal médico el código azul, realizándose la labores de reanimación necesarias suministrándole al paciente oxígeno, amiodarona, adrenalina y atropina, entre otros, sin que fuera posible salvar su vida.

Por el contrario, de la prueba válidamente aportada por la parte actora y allegada al proceso concluye esta agencia judicial que el señor Hernando Valencia Giraldo se le brindó la asistencia médica necesaria y de manera oportuna, acorde con los síntomas que presentó, por lo anterior se dispondrá no acceder a las suplicas de la demanda

2. REPAROS CONTRA LA SENTENCIA.

Contrariamente a lo concluido por el despacho, se demostró **que HERNANDO VALENCIA GIRALDO** arribó a las instalaciones de la **CLÍNICA LA MILAGROSA** poco antes de las **14:00** horas del día 4 de enero de 2013.

Se expresó en la demanda que minutos antes de las **14:00** horas del día 4 de enero de 2013, el señor **HERNANDO VALENCIA GIRALDO** acudió por sus propios medios, caminando, consciente y orientado, a las instalaciones de la **CLÍNICA LA MILAGROSA** de esta ciudad, IPS de nivel III, a la que ingresó por urgencias, por cuenta del **FONDO DE PASIVOS SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA**.

Las declaraciones recaudadas, especialmente las de **YOLEIDA VALENCIA, BERENICE VALENCIA y CARLOS JULIO OLAYA**, acreditaron que el paciente llegó a la Clínica la Milagrosa antes de las **14:00** horas del 4 de enero de 2013 y no antes de las **15:00** horas como lo supuso la señora Juez.

No obstante, en la historia clínica elaborada el mismo día de la atención, se indicó que el ingreso había acontecido a las **15:00** horas. Mientras que en el documento titulado constancia de hechos, de fecha 5 de enero de 2013, se narró que el paciente ingresó a las **14:40** horas del mencionado 4 de enero.

No se percató el despacho que **YOLEIDA VALENCIA**, a partir del minuto 31 y 58 segundos explicó lo atinente a las dos conversaciones que sostuvo con su padre **HERNANDO VALENCIA** el día de los hechos. La primera conversación a la 1pm aproximadamente cuando **YOLEIDA** llamó a su padre para averiguar dónde estaba y pedirle que almorzaran juntos. Ella refirió que **posteriormente**, a las 2:30pm aproximadamente, el señor **HERNANDO VALENCIA** la llamó para comentarle que se sentía mal de salud, que estaba en la clínica y que no lo habían atendido porque tenía que esperar turno.

YOLEIDA VALENCIA aseveró que durante la segunda conversación se puso nerviosa y se fue para la clínica, a la que llegó a las 2:50 o 3:00pm aproximadamente. Aseveró que cuando arribó a la Clínica, no vio a su padre y que él ya estaba en reanimación; que el vigilante de turno se lo informó. Aclaró que la segunda vez que habló con su padre, este último le manifestó que **tenía media hora de estar esperando atención médica** y que se sentía dolor en el pecho, en el brazo y escalofríos; ante lo cual la accionante le pidió que ingresara nuevamente a la clínica.

Resulta creíble y coherente con lo que se desprende de la historia clínica del paciente elaborada el día de los hechos, que el ingreso del mismo hubiere sido mucho antes de las 15:00 horas, circunstancia que permite concluir que en realidad la víctima debió esperar tiempo considerable para que le brindaran atención efectiva, muy a pesar de la gravedad de su estado de Salud y de la errónea clasificación del Triage.

El motivo de la visita a la Clínica por parte del señor **HERNANDO VALENCIA**, fue malestar general y dolor en el pecho que se extendía hacia su brazo izquierdo. Prueba de esa afirmación está constituida por: i) El documento denominado constancia de hechos suscrito el 5 de enero de 2013 por parte de Ilda Gattas R, enfermera Jefe Triage de la Clínica accionada, en el que se relata que el paciente manifestó que **"sentía un dolor en el pecho"**, ii) La historia Clínica de Urgencias que indica claramente que el paciente ingresa a la IPS en **"malas condiciones"**, iii) **YOLEIDA VALENCIA** aseveró que en la segunda conversación telefónica que sostuvo con su padre, este último le manifestó que tenía media hora de estar esperando atención médica y que se sentía dolor en el pecho, en el brazo y escalofríos; ante lo cual la accionante le pidió que ingresara nuevamente a la clínica.

La errada clasificación Triage y la consecuente atención tardía

En los hechos de la demanda se señaló que **HERNANDO VALENCIA GIRALDO** no fue atendido de manera inmediata, tal como lo reconocieron las demandas expresamente, habiéndosele informado que debía esperar su turno, muy a pesar de que manifestó que tenía antecedente de cirugía cardiovascular.

En efecto, la historia clínica revela que el paciente fue catalogado **por el personal de enfermería** como **Triage II**, siendo que su cuadro constituía una urgencia que requería atención inmediata, como quiera que presentaba dolor en el pecho y tenía antecedente de Cirugía a corazón abierto. Así lo expuso el perito **REINALDO CASTILLA** en las conclusiones de su dictamen, cuando aseveró que debió ser clasificado como Triage I y recibir atención médica inmediata. Ello, en perfecta armonía con la declaración rendida por el representante legal de la Clínica accionada.

Inexplicablemente **HERNANDO VALENCIA** fue catalogado como Triage II, tal como lo revela el documento denominado constancia de hechos suscrito el 5 de enero de 2013 por parte de Ilda Gattas R, enfermera Jefe Triage de la Clínica accionada. **Consecuencia de ello fue que no se le brindara atención médica inmediata al paciente.**

Basándose en una serie de conjeturas e interpretaciones erróneas de la normatividad vigente, sin respaldo en una prueba técnica, la señora juez concluyó que la clasificación Triage II llevada a cabo el día de los hechos fue correcta. El desatino del juzgado fue protuberante y desconoció, por ejemplo, el contenido de la Declaración del propio representante legal de la accionada, quien al respecto indicó que el cuadro del señor **HERNANDO VALENCIA** ameritaba prioridad I atención inmediata.

No tuvo en cuenta el despacho que el hecho de existir un antecedente de cirugía a corazón abierto influía en la predicha clasificación. En efecto, se acreditó que al momento de su ingreso a la IPS el paciente reveló antecedente de cirugía de corazón abierto, tal como consta en la Historia Clínica de Urgencias, acápite titulado "antecedentes" en el que se lee "**CX a corazón abierto...**".

La Guía de manejo de urgencias Tomo III. 2009 tercera edición¹, revela que el paciente debió ser clasificado como **Triage I, en armonía con lo señalado por el perito y el representante legal de la clínica la Milagrosa**; caso en el cual la atención médica y de enfermería es **inmediata y simultánea a la valoración**. Del texto de la guía, conviene recordar:

Escala: Prioridad I Reanimación

Tiempo de respuesta: **Atención médica y de enfermería: inmediato, simultánea a la valoración.**

Descripción: **Paciente quien presenta una condición que amenaza la vida; el paciente requiere una intervención médica inmediata.** Se incluyen en esta categoría pacientes con dificultad respiratoria severa, estado de inconciencia o ausencia de signos vitales, debido a trauma mayor, **problemas cardiorrespiratorios o neurológicos.**

¹<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Gu%C3%ADas%20para%20manejo%20de%20urgencias%20-Tomo%20III.pdf>

Tampoco se percató el despacho que la normatividad vigente exigía que la clasificación Triage la efectuara un médico y en el caso concreto; ello estuvo a cargo de una enfermera, específicamente de Hilda Gattas, Jefe de Enfermera el día de los hechos.

Ello consta en el relato efectuado por esta última el 5 de enero de 2013, cuando aseveró que ella misma fue quien lo clasificó. Textualmente reza el documento: **"Lo clasifico como Triage II teniendo en cuenta sus antecedentes y sintomatología presentada, le indico que no se mueva de la silla y que el medico lo más seguro apenas recibiera el informe lo atendería"**.

Debo recordar que para la época de los hechos aún no estaba vigente la **Resolución 5596 de 2015** en cuyo artículo **8** señala como personal responsable del "TRIAGE" en los servicios de urgencias de alta y mediana complejidad el "Triage", profesionales en **Medicina o Enfermería**. Es decir, para el día de los hechos esa clasificación era del resorte de un médico.

El Consejo estado² fallando sobre hechos ocurridos en enero de 2006 afirmó que el **Triage debía ser realizado por un médico**. De ese pronunciamiento cabe destacar:

_"TRIAGE HOSPITALARIO - Clasificación de los pacientes con base a su grado de urgencia. // Que es triage: -Método de selección y clasificación. -Define la prioridad para la atención de un paciente en el servicio de urgencias según la gravedad de su estado clínico. - **Esta valoración clínica la realiza un médico de acuerdo a lo que comenta el paciente** y a lo que encuentra el médico al examen físico. // **El médico en el triage no diagnostica, sino que establece la prioridad en la atención.** // Para qué sirve el triage: -Para identificar la gravedad de la urgencia de los usuarios (riesgo vital) -Para determinar el tiempo máximo de espera para ser atendido en la institución (nivel de clasificación: Rojo-amarillo-verde-blanco). - Para informar a los pacientes y sus familias. Para disminuir la congestión del servicio". En: <http://www.metrosalud.gov.co/inter/joomla/index.php/usuarios/triage>

2 CONSEJO DE ESTADO SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO SECCIÓN TERCERA-SUBSECCIÓN B Consejero Ponente: Ramiro Pazos Guerrero Bogotá D. C., catorce (14) de diciembre de dos mil dieciséis (2016) Expediente: 37.772 Radicación: 050012331000200703117-01 Demandante: Rosalía de Jesús Patiño Flórez y otros Demandado: I.S.S. y E.S.E. Rafael Uribe Uribe-En liquidación Naturaleza: Acción de reparación directa

La falta de atención oportuna del paciente, derivada de la errada clasificación Triage, también encuentra respaldo en los siguientes hechos probados:

- El paciente alcanzó a salir dos veces de la Clínica, realizando llamadas a varios de sus familiares, a quienes les comentó lo que estaba ocurriendo. El hecho mismo de haber salido de la Clínica en dos ocasiones, refleja, que **HERNANDO VALENCIA GIRALDO** no estaba siendo medicado, atendido, monitoreado, ni mucho menos custodiado por personal de la clínica.
- En la contestación de la demanda de la Clínica accionada se aceptó lo relativo a la salida del paciente a hacer llamadas por vía telefónica; lo que demuestra que la atención que se le brindó no fue ininterrumpida pues de lo contrario no habría tenido la oportunidad de retirarse, máxime que ingresó en mal estado de salud.
- En la Historia clínica del 4 de enero de 2013 en manera alguna se hizo constar la desobediencia o renuencia del paciente a acatar órdenes del personal médico y de enfermería de la clínica.
- **YOLEIDA ESTHER VALENCIA GALVAN** y **CARLOS JULIO OLAYA CASTILLO**, en sus declaraciones informaron que preguntaron al portero **ALEXANDER RAMOS TORRES** sobre la forma como habían ocurrido los hechos y este les manifestó que el señor **HERNANDO VALENCIA GIRALDO** había llegado a la Clínica aproximadamente una hora antes de sufrir el paro cardio respiratorio, pero no pudo ser atendido inmediatamente dado que habían otros pacientes que esperaban primero atención.

Ignoró el despacho que dentro de las obligaciones del personal de enfermería prevista en la guía para manejo de urgencias tomo III, incumplidas en el caso concreto, está la de ingresar inmediatamente a los pacientes **Prioridad I, II al área de tratamiento** e informa al médico y enfermera. **Es decir, primero los ingresa al área de tratamiento y luego informa al médico. Ver ACTIVIDADES DE LA ENFERMERA DE TRIAGE numeral 3.**

El aludido tomo III establece que la enfermera “**Ingresa los pacientes Prioridad I, II al área de tratamiento e informa al médico y enfermera**”. Dicha obligación fue incumplida en el caso concreto dado que el paciente no fue ingresado inmediatamente al área de tratamiento.

Es más, al absolver el interrogatorio de parte, el representante legal de la clínica accionada expresó que la enfermera tenía plena autonomía para hacer seguir al paciente de manera inmediata.

Cabe preguntar ¿Por qué Hilda Gattas, jefe de enfermeras no remitió al paciente de una vez al área de tratamiento o consultorio si estaba casi segura que el médico GREYS ARROYAVE lo atendería de inmediato? ¿Por qué le ordenó sentarse a esperar?

La respuesta es sencilla. Todo se debió a falta de conocimiento técnico y negligencia de la enfermera. Es sabido que lo inmediato no admite espera. Nada tenía que hacer el paciente sentado. El hecho de indicarse que el paciente tenía que esperar que la enfermera comentara con el médico la necesidad de atención del paciente y que este debía “esperar sentado” revela precisamente que la atención médica no fue inmediata.

La enfermera debió remitirlo enseguida al área de tratamiento sin perder tiempo, de acuerdo a lo que indica el citado Manual en armonía con lo declarado por el representante legal de la accionada.

Al momento de su ingreso a la Clínica, el cuadro del señor **HERNANDO VALENCIA GIRALDO** no le mereció mayor importancia al personal de enfermería y prueba de ello fue que a este último se le ordenó esperar la atención médica sin que oportunamente le hubieran suministrado medicamento o practicado exámenes para detectar la causa y hacerle frente a su patología.

Igualmente se reprocha el que **HERNANDO VALENCIA GIRALDO** no hubiere sido valorado de manera inmediata por un especialista en cardiología, dado que su edad y antecedentes lo ameritaban.

En cuanto al tema, merece especial relevancia la declaración del representante legal de la Clínica demandada quien, al absolver interrogatorio, señaló que **“El paciente con antecedente de cx a corazón abierto tiene más riesgo de sufrir un infarto”**

De manera malintencionada, en la historia clínica elaborada en la **CLINICA LA MILAGROSA** (hoja titulada HISTORIA DE CLÍNICA DE URGENCIAS) se hace creer que el ingreso de **HERNANDO VALENCIA GIRALDO** se verificó a las 15:00 horas del 4 de enero de 2013 y que casi en ese mismo momento sufrió el infarto. Ello, con el único fin de ocultar el actuar negligente del personal de la institución al demorar la atención del paciente durante casi una hora permitiendo su posterior fallecimiento.

Nótese que contradictoriamente a lo allí indicado; en el documento titulado constancia de hechos, allegada con la contestación de la demanda de la **CLINICA LA MILAGROSA**, se indica que el ingreso se verificó fue a las 14:40 Horas.

No tiene sentido el relato contenido en la historia clínica, en el que por una parte se indica que el paciente ingresó a las 15:00 horas, consciente manifestando sentirse mal; e incluso alcanzó a responder el cuestionario de rutina que se formula en estos casos para conocer los antecedentes del paciente; manifestando este último que años atrás había sido sometido a una cirugía de corazón abierto, que no era alérgico, igualmente asevero que antes de llegar a la clínica estaba "***pagando unos recibos y de repente empezó a sentirse mal***" etc.; pero en la misma historia, a la vez se exprese que el paciente se desvaneció en el mismo momento en que llegó a la institución, es decir, supuestamente a las 15:00, siendo reanimado por 45 minutos y muriendo las 15:50.

Entonces cabe preguntar; **¿En qué momento aconteció todo lo narrado por la enfermera jefe en el documento titulado constancia de hechos?**

Lo relatado en la HC revela las siguientes contradicciones que dejan entrever la falsedad de esas afirmaciones. Veamos:

- Indica la historia clínica, en la hoja titulada HISTORIA DE CLÍNICA DE URGENCIAS, que el ingreso del paciente fue a las 15:00 horas, consciente deambulando por sus propios medios refiriéndose sentirse mal.
- Sin embargo, en **el documento titulado constancia de hechos** se indica que el ingreso se verificó a las 14:40 Horas.
- Indica la historia clínica que luego del paro cardio respiratorio se inició reanimación cardiopulmonar por 45 minutos.
- Indica la historia clínica que el paciente falleció a las 15:50 horas.
- Obra en la historia clínica resultado de electrocardiograma practicado entre las 15:34 y 15:35 horas.

Lo escrito en la historia clínica riñe con la realidad. En efecto, según los tiempos que en ella se mencionan, 5 minutos después del ingreso del paciente debió verificarse el paro cardio respiratorio; pues si el fallecimiento ocurrió a las 15:50 y la reanimación tardó 45 minutos; necesariamente el paro tuvo que sobrevenir en esos 5 minutos.

Insisto en que ello resulta ilógico dado que antes del paro y después del ingreso a la clínica, el señor **HERNANDO VALENCIA GIRALDO**, tuvo tiempo de registrar su ingreso a la IPS, absolver preguntas sobre antecedentes, salir dos veces de la clínica a realizar llamadas a sus familiares, actividades que jamás pudo realizar en los 5 minutos.

Prueba inequívoca de no haber sido atendido oportunamente el paciente la constituye el hecho de que el paro cardio respiratorio lo sufrió **HERNANDO VALENCIA GIRALDO** en la puerta de entrada a la institución, luego de lo cual **ALEXANDER RAMOS TORRES**, en compañía de otras personas lo ingresaron a la Sala zona de atención médica, tal como se demostró en la actuación.

El contenido del documento titulado constancia de hechos, **amén de que no puede considerarse como historia clínica**, no es creíble dado que narra actuaciones que la enfermera jefa no pudo realizar en los tiempos allí descritos. En efecto, se consignó por parte de la enfermera Jefe que en el lapso de 5 minutos ella:

- Tomó signos vitales
- Hizo anamnesis
- Valora y clasifica Triage
- Le dice que espere
- Se traslada al consultorio de la Dra. Greys Arroyave
- Le explica a ella sobre el estado del paciente y obtiene autorización de ingreso
- Regresa a la sala y No ve al paciente

A lo anterior se suma que la elaboración de ese documento desconoció el principio de **oportunidad** que regula la elaboración de la historia clínica, dado que la aludida constancia se efectuó un día después de ocurridos los hechos.

Sobre el tema, la Resolución 1995 de 1999 del Min Salud dice:

“ARTICULO 1. DEFINICIONES. a. La Historia Clínica es 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.** Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.

b. Estado de salud: El estado de salud del paciente se registra en los datos e informes acerca de la condición somática, psíquica, social, cultural, económica y medioambiental que pueden incidir en la salud del usuario.

“ARTICULO 3. CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA. Las características básicas son:

Integralidad: La historia clínica de un usuario 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, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.

Secuencialidad: Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario.

Racionalidad científica: Para los efectos de la presente resolución, es 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.

Disponibilidad: Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley.

Oportunidad: Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio."

La Clínica la Milagrosa, en la contestación de la demanda señaló que **"ningún profesional de la salud cuando inicia la atención de un paciente y mucho menos cuando atiende una urgencia hace registros en la historia clínica en forma simultánea a la atención"**.

Esa aseveración riñe con las reglas de la experiencia que revelan todo lo contrario y demuestra el total desconocimiento de lo normado en la Resolución 1995 de 1999 que señala como una característica de la HC la de **Oportunidad** que precisamente "Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio".

Es palmar que la referida constancia no cumple con la característica de oportunidad propia de la historia clínica y no merece credibilidad en los que respecta a los tiempos de atención.

Dicha constancia, a no dudarlo, constituye un relato amañado de los hechos que no tiene soporte en la HC.

Como si eso no fuese poco, ese relato amañado solo se conoció por los demandantes hasta cuando fue contestada la demanda por parte de la Clínica la Milagrosa; muy a pesar de que los accionantes, antes de iniciar el proceso solicitaron copia de la HC del paciente y aquel documento no les fue entregado, precisamente por ello en la demanda frente a ese espurio documento nada se dice.

Ahora bien, si hubiese sido cierto lo atinente a la renuencia del paciente, que incluso llevó a los enfermeros a elaborar una constancia al día siguiente, cabe preguntar: **¿por qué la accionada no se tomó el trabajo de guardar o salvar las grabaciones de las cámaras de vigilancia del día de los hechos? ¿Por qué no se dejó constancia de dicha renuencia en la historia clínica elaborada el día de los hechos?**

La respuesta es obvia, los videos de esas cámaras demostrarían la demora en que incurrió la IPS accionada y por ello los mismos jamás fueron asegurados. Es claro que, si la referida renuencia del paciente, la cual jamás existió, justificó la elaboración de la mentada constancia un día después, con mayor razón, las reglas de la experiencia y la lógica nos indican que la accionada debió proceder al aseguramiento de los videos del circuito cerrado de televisión que debió registrar lo atinente a la desobediencia del paciente.

Pero prueba inequívoca de la inexistencia de la referida renuencia la constituye el hecho de que en la Historia Clínica elaborada el 4 de enero de 2013 no se dejó constancia de la misma.

En la espuria constancia se dijo que luego de conversar con la Dra Greys Arroyave, la enfermera observó que el paciente ya no se encontraba en la Sala y que ella creyó que aquel se había arrepentido de la atención; por lo que ella continuó atendiendo otro paciente **demorándose** 5 minutos más y que **“de repente lo miro fuera de la institución hablando por teléfono salgo a la puerta haciendo caso omiso”**.

Lo narrado en la constancia, en el sentido de que la enfermera estaba atendiendo otro paciente y suspendió esa atención para llamar al señor Hernando Valencia, también riñe con las reglas de la experiencia, en la medida en que es anormal que una enfermera suspenda la atención de un paciente para salir a buscar a otro; y de ello ni siquiera se deje constancia en el mismo momento que acontece.

En la contestación de la demanda reiteradamente se expresa que la enfermera **Hilda Gattas, jefe de enfermeras** luego de observar al paciente a través de las ventanas y puertas de vidrio le **"hizo señas al mismo"** para que entrara de inmediato, y que el paciente no hizo caso y continuó hablando por celular. **Ver numeral 6 inciso final y numeral 8 inciso primero parte final de la contestación de la demanda.**

Lo indicado en la contestación de la demanda riñe con la constancia de los hechos dado que en esta última, **Hilda Gattas, jefe de enfermeras**, expresó que ella, después que el paciente salió a hacer una llamada **"salgo a la puerta y lo llamo haciendo caso omiso"**.

La contradicción salta a la vista: Por una parte se dice que fue a través de los vidrios que la enfermera hizo señas al paciente (contestación de demanda) y por otra, que la enfermera salió y lo llamó de viva voz (constancia de hechos).

Téngase en cuenta que en la contestación de la demanda, la Clínica la Milagrosa, indicó que el paciente salió por sus propios medios del servicio de urgencias **y solo reingresó después de aproximadamente 20 minutos**. Esto no coincide con lo indicado en la "constancia de hechos" donde se señala que fueron 10 minutos:

- En la constancia se indicó por la enfermera que a las 14:45 observó que el paciente ya no estaba en la sala de urgencias
- En la constancia se señaló que a las 14:50, la enfermera ve afuera al paciente, abre la puerta de la IPS y le hace un llamado
- En la constancia se lee que a las 14:55 de repente la enfermera ve al paciente en la puerta agachado y lo hace ingresar, lo lleva al consultorio y explica a la médico que ese es el paciente
- Según la constancia, de las 14:45 a las 14:55 transcurrieron sólo 10 minutos; mientras que en la contestación de la demanda se dijo que fueron 20 minutos lo que el paciente permaneció afuera de la IPS.

A todo lo anterior debemos sumar que el representante legal de la Clínica la Milagrosa aseveró que no sabía la hora de ingreso del paciente; lo cual contribuyó a confundir al despacho sobre el momento exacto en que el paciente ingresó a la IPS.

La práctica tardía del electrocardiograma

El representante legal de la Clínica accionada aseveró que en casos como el presente, el electrocardiograma debe practicarse inmediatamente para descartar un infarto agudo de miocardio, porque el tiempo es un factor determinante en el resultado final.

Sin embargo, la Historia clínica revela que ello no ocurrió en el sub judice. En efecto, Obra en la historia clínica resultado de electrocardiograma practicado entre las **15:34 y 15:35** horas, es decir, más de 30 minutos después del ingreso del paciente, contados a partir de la hora de ingreso señalada en la Historia Clínica.

Es decir, aun aceptando en gracia de discusión que **HERNANDO VALENCIA GIRALDO** hubiere llegado a la CLÍNICA a las 15:00 horas o a las 14:40 horas, es inconcebible que solo 35 o 55 minutos después se le hubiere practicado el electrocardiograma.

En un caso similar al presente, el Consejo de Estado analizó la importancia de practicar un electrocardiograma a un paciente que presenta dolor precordial, cuya atención debe clasificarse como de alta prioridad.

En el dictamen pericial, la cardióloga manifestó que cuando un paciente presenta dolor precordial u otros signos sugestivos de síndrome coronario, la atención debe clasificarse como urgencia de alta prioridad, por lo cual debe procederse a la práctica de un electrocardiograma, dentro de los 10 minutos siguientes, para descartar un infarto agudo de miocardio; además, se debe dejar al paciente en reposo, controlarle sus signos vitales, suministrarle oxígeno, o administrarle los medicamentos necesarios para el control de dolor, o anticoagulantes.

No obstante, en el caso concreto, la demanda se limitó a valorar al señor López Betancur, clasificar su solicitud de atención de urgencia, como prioridad "II", **subestimando sus signos clínicos y antecedentes**, sin prestarle atención alguna durante las 6 horas siguientes, al cabo de las cuales se le practicaron las maniobras de reanimación, por haber sufrido un "episodio sincopal súbito", sin que estas hubieran producido efecto alguno, porque, como lo afirmó la perito, "el tiempo es un factor determinante en el resultado final".....**La cardióloga que rindió el dictamen pericial destacó la necesidad de brindar una atención inmediata a los pacientes que acuden al servicio de urgencias con dolor precordial u otros síntomas sugestivos de síndrome coronario agudo, a quienes se les debe practicar de un electrocardiograma en los primeros 10 minutos, para descartar un infarto agudo de miocardio, porque el tiempo es un factor determinante en el resultado final.** Además,

señaló cuáles era las demás medidas terapéuticas que se debían adoptar en casos como el padecido por el paciente, que incluyen: reposo, control de signos vitales, monitoreo electrocardiográfico, suministro de oxígeno, administración de nitroglicerina venosa y de analgésico, anticoagulación y la práctica de cateterismo o fibrinólisis, según cada caso. **CONSEJO DE ESTADO SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO SECCIÓN TERCERA-SUBSECCIÓN B Consejero Ponente: Ramiro Pazos Guerrero Bogotá D. C., catorce (14) de diciembre de dos mil dieciséis (2016) Expediente: 37.772 Radicación: 050012331000200703117-01 Demandante: Rosalía de Jesús Patiño Flórez y otros Demandado: I.S.S. y E.S.E. Rafael Uribe Uribe- En liquidación Naturaleza: Acción de reparación directa**

Indicio derivado de la Historia Clínica incompleta

Son abundantes las conductas supuestamente acaecidas el 4 de enero de 2013 que aparecen descritas en el documento titulado “**constancia de los hechos**” de fecha 5 de enero de 2013.

No obstante, llama poderosamente la atención el que, en la HC del 4 de enero, no se hiciera mención de los hechos a que se refiere la referida constancia.

Surgen interrogantes. ¿Por qué el mismo 4 de enero a las 14:40 no se diligenció la HC del señor Hernando, específicamente lo atinente al examen inicial y clasificación de Triage? ¿Será que ello si fue diligenciado, pero no allegado al proceso? ¿Por qué la accionada no allegó al plenario el formulario correspondiente a la clasificación Triage? ¿Por qué lo atinente a la clasificación Triage sólo se hizo sólo hasta el día siguiente al que ocurrieron los hechos?

Diferentes datos no constan en la HC del 4 de enero de 2013 pero sí, en la constancia elaborada el 5 del mismo mes. Por ejemplo: i) La Hora de ingreso a la Clínica (14:40), ii) Que el paciente manifestara tener un dolor en el pecho que surgió cuando estaba pagando unos recibos, iii) Registro de signos vitales, iv) Clasificación triage II, v) Renuencia del paciente a acatar instrucciones.

No existe una razón lógica que sustente la omisión de la Clínica accionada al no aportar el Formato triage aparentemente diligenciado por Hilda Gattas el 4 de enero de 2013; muy a pesar de que esa fecha existía dicho formato, tal como lo preveía la guía para el manejo de urgencias Tomo III.

Por otra parte, no existen razones o motivos que justifiquen el no diligenciar oportunamente la historia clínica del ingreso inicial y la clasificación Triage. Ni siquiera se dejó constancia de la imposibilidad de hacerlo el mismo 4 de enero.

Con la elaboración a posteriori de la mencionada constancia de hechos, se desconoció la característica o el principio de **Oportunidad** en la elaboración de la historia clínica; consistente en el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, **simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio. Resolución MINSALUD 1995 de 1999**

El hecho de no allegarse al plenario la HC que recoja las varias actuaciones desplegadas en la institución cuando ingresó por primera vez el paciente, antes de ser atendido por la Doctora Greys; revela la intención perversa de ocultar información; pues en dichos documentos debe figurar la hora real en la que el paciente ingresó a la institución.

De conformidad con los pronunciamientos de la Sección Tercera del Consejo de Estado, "...el carácter completo y permanente de la historia clínica es condición de calidad de los cuidados médicos o de la correcta asistencia facultativa...". Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, **Sección Tercera, Sentencia de 10 de febrero de 2000, Radicación 11878, Actor Josué Reinaldo Durán Serrano y otros, C.p. Alier Eduardo Hernández Enríquez.**

La HC tiene una importancia tal, que la resolución mencionada establece que todo prestador de servicios de salud que atiende por primera vez a un paciente debe realizar el proceso de apertura de historia clínica, y además, por disposición expresa, en ella deben constar todos los aspectos científicos técnicos y administrativos relativos a las diferentes fases de atención suministrada al usuario. **Artículo 6° resolución 1995 de 1999. 18 Se refiere específicamente a la característica de integralidad de la historia clínica, establecida en el artículo 3° de la resolución 1995 de 1999**

Es decir, no basta con la sola existencia de un documento donde se consignen los datos personales y médicos del paciente, los mismos deben tener una secuencia temporal y ordenada, soportados en la ciencia médica, encontrarse disponibles y debidamente actualizados para permitir brindarle al paciente una atención integral, eficaz y oportuna. Todo lo anterior, en aras de garantizar la protección del derecho fundamental involucrado en la atención médico – sanitaria, esto es, la salud.

Esa conducta omisiva debe ser considerada como indicio en contra de la IPS demandada.³

La Ley 1437 de 2011 también señala consecuencias por no allegar copia íntegra de la historia clínica. Al respecto, el artículo preceptúa que **“cuando se trate de demandas por responsabilidad médica, con la contestación de la demanda se deberá adjuntar copia íntegra y auténtica de la historia clínica pertinente, a la cual se agregará la transcripción completa y clara de la misma, debidamente certificada y firmada por el médico que haga la transcripción. La inobservancia de estos deberes constituye falta disciplinaria gravísima del funcionario encargado del asunto”**.

La demandada Clínica la Milagrosa tenía la obligación de aportar esa HC con la contestación de la demanda. Es decir, la que recogiera todo lo acaecido en la institución cuando el paciente ingresó por primera vez, antes de ser atendido por la Doctora Greys.

Sin embargo, omitió hacerlo y en lugar de ello arrió una constancia de hechos elaborada al día siguiente, la cual no puede considerarse HC dado que no cumple con el requisito de oportunidad.

El Consejo de Estado ha señalado que las IPS incurren en una conducta irregular al aportar al proceso una historia clínica incompleta, lo cual se considera como un indicio en su contra, pues no se observa los registros de evaluación médica completos...(…) **“En atención a lo dicho, la Sala considera que aportar una historia clínica incompleta constituye un -hecho indicador- que permite inferir la falta de diligencia en la prestación del servicio -hecho indicado-; lo anterior, teniendo en cuenta que este documento no solo es el pilar basilar que da fe de la calidad ofrecida en la atención médica hospitalaria, sino también porque es uno de los principales medios probatorios, que en compañía de las reglas de la experiencia y la sana crítica, permiten de manera inequívoca la formación del grado de convicción del juez”**....(…) 8.9.10. Esta postura jurisprudencial, como se dijo anteriormente, tiene amplio respaldo normativo en el artículo 34 de la Ley 23 de 1981 y el artículo 3 de la resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud, en los que aparece la historia clínica como un registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente, el cual debe tener por características: integralidad, secuencialidad, racionalidad científica, disponibilidad y oportunidad; y en consecuencia, su ausencia constituye, como lo ha manifestado esta Subsección, una falla que

³ CGP. Artículo 241. La conducta de las partes como indicio. El juez podrá deducir indicios de la conducta procesal de las partes.

puede llegar a comprometer la responsabilidad de la entidad demandada”. 4

En otra oportunidad⁵ la misma corporación señaló:

“No es necesario modificar las reglas probatorias señaladas en la ley para hacer efectivas las consecuencias que se derivan de la violación del deber de lealtad de las partes, dado que el artículo 249 del Código de Procedimiento Civil, establece que el juez podrá deducir indicios de su conducta procesal. **Así, por ejemplo, de la renuencia a suministrar la historia clínica, o hacerlo de manera incompleta, o no documentar datos relevantes de la prestación médica, puede inferirse el interés de la parte de ocultar un hecho que le resulta adverso a sus intereses; como puede serlo también en contra de la parte demandante, el negarse a la práctica de un examen médico con el fin de establecer la veracidad de las secuelas que hubiera podido derivarse de una intervención, o el ocultar información sobre sus antecedentes congénitos, que por ejemplo, pudieran tener incidencia sobre la causa del daño aparentemente derivado de la intervención médica (...)**

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

4 CONSEJO DE ESTADO SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO SECCIÓN TERCERA-SUBSECCIÓN B Consejero Ponente: Ramiro Pazos Guerrero Bogotá, D.C., trece (13) de noviembre de dos mil catorce (2014) Expediente: 31182 Radicación: 050012331000199903218-01 Actor: Carlos Andrés Rojas Londoño y otros Demandado: Instituto de Seguros Sociales y otro Naturaleza: Acción de reparación directa

5 Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 31 de agosto del 2006, rad. 15772, M.P. Ruth Stella Correa Palacio.

En sentencia del 28 de febrero de 2013 se indicó sobre el tema:

“27. Como quiera que la parte demandada en este asunto no puede beneficiarse de su propia culpa, la Sala considera que la situación descrita, constituye en sí misma una falla del servicio, por cuanto el ISS incumplió sus obligaciones institucionales y legales de llevar el registro médico del paciente, y brindar acceso a la información requerida por los actores y por las autoridades”⁶

Es claro que no se acompañaron al expediente los documentos relacionados con la Clasificación Triage que la accionada dijo haber realizado; los cuales obligatoriamente deben formar parte de la Historia Clínica. Para disimular esa omisión la clínica accionada, al día siguiente del deceso, hizo elaborar el documento constancia de hechos, suscrito por la Jefe de Enfermera, en la que ella describe lo acontecido el día anterior luego del ingreso del paciente, entre lo que se destaca la Clasificación Triage realizada.

Las conclusiones del dictamen pericial no dejan duda de la negligente y tardía atención médica brindada al paciente.

El argumento esgrimido por el despacho para restarle valor al dictamen es ligero y superficial en la medida en que el simple hecho que el perito hubiere aludido a la “**Resolución 5596 del 24 de diciembre de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social**” cuando cuestionó la clasificación Triage II y señaló que debió clasificarse Triage I, no impide restarle mérito a su dicho como quiera que a la luz de la normatividad anterior a la citada Resolución también se imponía en el caso del señor **HERNANDO VALENCIA** la clasificación triage I, tal como categóricamente lo expresó el propio representante legal de la clínica accionada.

En efecto, la Guía de manejo de urgencias Tomo III. 2009 tercera edición⁷, revela que el paciente debió ser clasificado como **Triage I, en armonía con lo señalado por el perito y el representante legal de la clínica la Milagrosa**; caso en el cual la atención médica y de enfermería es **inmediata y simultánea a la valoración**. Del texto de la guía, conviene recordar:

Escala: Prioridad I Reanimación

Tiempo de respuesta: **Atención médica y de enfermería: inmediato, simultánea a la valoración.**

⁶ Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección B, sentencia del 28 de febrero del 2013, rad. 25075, M.P. Danilo Rojas Betancourt.

⁷<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Gu%C3%ADas%20para%20manejo%20de%20urgencias%20-Tomo%20III.pdf>

Descripción: **Paciente quien presenta una condición que amenaza la vida; el paciente requiere una intervención médica inmediata.** Se incluyen en esta categoría pacientes con dificultad respiratoria severa, estado de inconciencia o ausencia de signos vitales, debido a trauma mayor, **problemas cardiorrespiratorios o neurológicos.**

Ha considerado el Consejo de Estado que son imputables al Estado los daños sufridos por los pacientes a quienes no se brinde un servicio médico eficiente y oportuno, aunque no se acredite que esas fallas hubieran generado la agravación de las condiciones de su salud, es decir, que la falla en la prestación del servicio se confunde con el daño mismo⁸.

Las anteriores omisiones juegan un papel trascendental en el desenlace fatal del paciente, dado que de haberse impartido oportunamente la debida atención médica, muy seguramente se habría podido salvar la vida de aquel. Al respecto no debemos olvidar que el representante legal de la Clínica la Milagrosa aseveró que **"El curso del infarto de puede detener"**. Es decir, que estadísticamente el paciente gozaba de un alto porcentaje de recuperación.

Del hecho de que el paciente hubiere comenzado a padecer el dolor precordial mucho antes de brindársele la atención médica se concluye que la entidad demandada pudo romper el proceso causal que culminó con la muerte del paciente, si le hubiera brindado la atención médica adecuada y oportuna. En otros términos: la omisión de la entidad de brindarle la atención requerida al paciente impidió la interrupción del infarto que hacía curso cuando aquel llegó a la Clínica, por lo tanto, dicha entidad deberá responder por los daños sufridos por los demandantes como consecuencia de la muerte de su familiar.

Atentamente,



ALBERTO JOSÉ OVALLE BETANCOURT

C. C. N. 85.477.781 de Santa marta

T. P. 107.900 del C. S. de la J.

⁸ Sección Tercera, Sala de lo Contencioso Administrativo. Sentencia de 7 de octubre de 2009, exp. 35.656

