



Rama Judicial

República de Colombia

JUZGADO TERCERO ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO

Ibagué – Tolima, treinta y uno (31) de marzo de dos mil veintidós (2022)

Medio de Control: Reparación Directa
Demandante: Jesús Antonio Franco Bohórquez y Otros.
Demandado: Hospital Santa Lucía E.S.E. de Cajamarca y Otros
Radicación: 73001-33-33-002-2015-00087-00

ASUNTO

Procede este Juzgado a emitir sentencia, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 187 de la Ley 1437 de 2011, dentro del presente medio de control de Reparación Directa impetrado **LUZ DARY BOHÓRQUEZ GONZÁLEZ** en nombre propio y en representación de su menor hija **LUISA FERNANDA MUÑOZ BOHÓRQUEZ**; **MARÍA GLORIA BOHÓRQUEZ GONZÁLEZ** igualmente en nombre propio y en representación de su menor hijo **LUIS EDUARDO BOHÓRQUEZ GONZÁLEZ**; **ANA MARITZA BOHÓRQUEZ GONZÁLEZ** en nombre propio y en representación de sus menores hijos **NATALIA MARTÍNEZ BOHÓRQUEZ** y **OMAR JULIÁN MARTÍNEZ BOHÓRQUEZ**; **JOSÉ ISIDORO BOHÓRQUEZ GONZÁLEZ**, **FLOR ALBA BOHÓRQUEZ GONZÁLEZ** en nombre propio y en representación de sus menores hijos **ALEJANDRO ALFONSO BOHÓRQUEZ** y **SHARITH YULIANA ALFONSO BOHÓRQUEZ**; y **JESÚS ANTONIO FRANCO BOHÓRQUEZ**, actuando por intermedio de apoderado judicial, contra el *Hospital Santa Lucía E.S.E. de Cajamarca, Caprecom EPS-S, Comfenalco EPS-S, Clínica Sharon y UCI Tolima*.

I. ANTECEDENTES

1. PRETENSIONES

Pretende la parte actora que se declare al *Hospital Santa Lucía E.S.E. de Cajamarca, Caprecom EPS-S, Comfenalco EPS-S, Clínica Sharon y UCI Tolima* extracontractualmente responsables de la falla en la prestación del servicio médico brindado a la señora **MARÍA EVELIA GONZÁLEZ PALOMÁ**, **causante de su fallecimiento el 26 de noviembre de 2012.**

Que como consecuencia de lo anterior declaración “se ordene a pagar a los aquí demandantes y en representación del derecho de crédito que tenía en cabeza el señor Jesús Antonio Bohórquez a título de daño moral, el equivalente a **CIEN SALARIOS MINIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES** o suma superior, por la depresión, tristeza como compañero permanente, por la falla del servicio médico

causa de fallecimiento de María Evelia González Palomá, el 26 de noviembre de 2012, hoy HEREDEROS DETERMINADOS de JESÚS ANTONIO BOHÓRQUEZ”.

Que como consecuencia de lo anterior “se ordene a los demandados a reconocer y pagar al aquí demandante JESÚS ANTONIO BOHÓRQUEZ-HOY HEREDEROS DETERMINADOS A TITULO DE DAÑO A LA VIDA el equivalente a CUATROCIENTOS CINCUENTA SALARIOS MINIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES o suma superior, por el cambio de vida, de seguir disfrutando su vida cotidiana con la misma persona, el costo de acomodarse a una vida sin la persona que lo acompañó el resto de su vida, los cuales serán pagaderos a sus causahabientes”.

Que así mismo se condene a los demandados a reconocer y pagar a título de daño moral en favor de cada uno de los demandantes el equivalente a CIENTO SALARIOS MINIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES o suma superior o el valor que se demuestre dentro del proceso.

2. HECHOS

Como sustento fáctico relevante, se dice que:

2.1. El señor Jesús Antonio Bohórquez convivió en unión marital de hecho con la señora María Evelia González Palomá, desde el 1° de junio de 1969 hasta el 26 de noviembre de 2012, unión de la cual nacieron sus hijos María Gloria Bohórquez González, José Isidoro Bohórquez González, Luz Dary Bohórquez González, Flor Alba Bohórquez González, Ana Maritza Bohórquez González y Jesús Antonio Bohórquez González (q.e.p.d) este último falleció el 19 de junio de 2012.

2.2. La señora María Evelia González Palomá estuvo afiliada en salud a través del régimen subsidiado, con la EPS-S COMFENALCO Tolima del 23 de marzo hasta el 1° de noviembre de 2012, y posteriormente, con la E.P.S-S CAPRECOM hasta su fallecimiento el 26 de noviembre de 2012.

2.3. El día 15 de septiembre del 2012, la señora María Evelia González Palomá fue llevada por su compañero permanente Jesús Antonio Bohórquez, al servicio de urgencias del Hospital Santa Lucía de Cajamarca E.S.E., por una crisis hipertensiva y dolor de cabeza, siendo dejada en observación para administración de tratamiento y vigilancia de las cifras tensionales; que durante su estancia en urgencias tuvo una leve disminución de las cifras de tensión arterial, pero a pesar del tratamiento recibido, persistían elevadas, ocasionando que presentara un deterioro de su estado neurológico, el cual se vio reflejado con la presencia de somnolencia, desorientación y desviación de la boca.

2.4. Por tal razón, el día 16 de septiembre de 2012 ingresó a la unidad de cuidados intensivos de la clínica Sharon y UCI del Tolima Ltda., donde le iniciaron manejo para su problema hipertensivo de manera principal, sin atender concomitantemente el deterioro del estado neurológico.

2.5. La señora María Evelia González Palomá siguió bajo el cuidado de la Clínica Sharon y UCI del Tolima, sin ser atendida por neurólogo o neurocirujano, a pesar

de seguir con alteración del estado neurológico, lo cual se reflejó claramente en su desorientación, la tendencia al sueño y la presencia de pérdida de la sensibilidad y el movimiento del lado izquierdo del cuerpo.

2.6. A pesar de tener una orden para la realización de la tomografía, la misma no se realizó de manera inmediata, retardo que no permitió tomar una acción efectiva tendiente a establecer la causa del deterioro neurológico; la cual solo se puede establecer con la realización de dicho procedimiento, señalando que el ordenar un examen diagnóstico no reemplaza su realización.

2.7. Tres días después del ingreso y sin un diagnóstico por parte de neurólogo o neurocirujano, el 18 de septiembre de 2012 le fue realizada una tomografía de cerebro, observándose una hemorragia intracerebelosa izquierda con extensión al sistema ventricular.

2.8. El 19 de septiembre de 2012 se evaluó el caso con un neurocirujano, quien sugirió que la paciente debía ser remitida a un servicio de neurocirugía para la posible realización de una ventriculostomía, sin embargo, su concepto no fue realizado formalmente pues se rindió de manera verbal; la institución no logró dar cumplimiento pronto y efectivo a tales instrucciones verbales.

2.8. Durante su estancia en la clínica Sharon y UCI Tolima, la evolución fue escasa, lo cual fue registrado en anotaciones como “evolución estacionaria”, “paciente inestable”, “cuadro clínico estacionario”, “evolución estacionaria del cuadro clínico” y “evolución tórpida”, las cuales se evidencian en cada uno de los análisis de las evoluciones a partir de su ingreso, mostrando que el manejo recibido fue limitado al no tener un cambio efectivo en la condición clínica de la paciente y de esta forma aumentando la presencia de complicaciones como la registrada el 30 de septiembre de 2012, donde se describe la presencia de una neumonía aspirativa; condición que se pudo evitar si se hubiera identificado a tiempo la causa del compromiso neurológico y esta se hubiera intervenido eficazmente.

2.9. Se continuó el manejo en UCI de la señora María Evelia González Palomá, donde su condición clínica no varió de forma sustancial durante 7 días, salvo algunas complicaciones; no se logró un manejo integral por neurocirugía y unidad de cuidados intensivos.

2.10. La entidad aseguradora COMFENALCO Tolima EPS-S no autorizó, ni se aseguró de que la Clínica Sharon y UCI Tolima suministrara un manejo integral que incluyera manejo por neurocirugía, con seguimiento diario por esta especialidad; los estudios complementarios e intervenciones necesarias suministrados, no se dieron de forma oportuna.

2.11. El 26 de septiembre de 2012, se hizo una anotación donde se aclara que al parecer el doctor Ñañez realizó un control por consulta externa a María Evelia González Palomá, sin que dicha situación aparezca firmada por el profesional de la medicina.

2.12. La señora María Evelia continuó hospitalizada hasta el 28 de septiembre de 2012, siendo trasladada a piso, pero su estancia se asoció a complicaciones como

disminución de potasio, sin ser tratado el accidente neurovascular y llevando a una neumonía aspirativa secundaria a esta disfunción, lo que obligó a su traslado nuevamente a UCI, con la necesidad de brindar soporte ventilatorio invasivo a través de intubación orotraqueal.

2.13. El 2 de octubre de 2012 le realizaron una gastrostomía y traqueostomía, con el fin de colocar una cánula para suplir el oxígeno que la paciente requería; posteriormente, el 8 de noviembre de 2012 la paciente fue dada de alta con oxígeno suplementario de forma domiciliaria, el cual se había solicitado a su aseguradora 21 días antes y hasta ese momento se confirmó por parte de los familiares su instalación en el domicilio.

2.14. El 20 de noviembre de 2012, la señora María Evelia González Palomá asistió nuevamente al servicio de urgencias del Hospital Santa Lucía de Cajamarca, por presentar dolor en la región sacra acompañado de tensión baja, alteración neurológica, con presencia de una ulcera con secreción purulenta en la región lumbosacra.

2.15. Que sobre las 10 de la noche del día 26 de noviembre de 2012, la paciente presentó deterioro de su estado clínico, manifestando dificultad respiratoria, pausas prolongadas en la respiración, fiebre, frecuencia cardíaca disminuida, deshidratación, tensión arterial baja; se consideró manejo en cuidados intensivos, pero la paciente no cumplía con los criterios para el ingreso a esta, por lo que se inicia manejo paliativo; de acuerdo al médico de turno se sospechó infarto agudo de miocardio el cual no se documentó, finalmente la paciente falleció.

2.16. El señor Jesús Antonio Bohórquez entró en un estado de soledad, depresión y tristeza por la muerte de su compañera permanente, falleciendo finalmente el 16 de septiembre de 2013, tal como se observa en el registro civil de defunción No. 5139250, presentándose por tanto una sucesión de su crédito a favor de sus causahabientes.

3. CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

3.1. Clínica Sharon y UCI Tolima Ltda. (fl. 221-235)

Se opone a la prosperidad de las pretensiones de la demanda, haciendo la manifestación respectiva frente a los hechos narrados en el libelo inicial; plantea las excepciones denominadas ***Inexistencia de conducta culposa o hecho generador de parte de la Clínica Sharon y UCI Tolima Ltda., Responsabilidad médica y obligaciones de medio, y Falta del legitimación en la causa por pasiva***, que en síntesis plantean que tal IPS no negó los servicios de salud a la paciente, ni tampoco obstaculizó su ingreso al servicio de salud; aduce la inexistencia de una conducta culposa o hecho generador del daño, por cuanto el equipo médico de la Clínica Sharon y UCI Tolima Ltda. actuaron de forma diligente, prudente, con pericia y cuidado, conforme a lo preceptuado en la *Lex Artis*.

3.2. Hospital Santa Lucía de Cajamarca E.S.E. (fl. 302-310)

Se opone a la prosperidad de las pretensiones, haciendo la manifestación respectiva frente a los hechos narrados en la demanda; alegando ***Daño atribuible a causas naturales, Falta de acreditación en la falla del servicio, Diligencia y cuidado de los galenos, Cumplimiento de las obligaciones a cargo en el proceso de atención en salud, Cobro de lo no debido y abuso del derecho, y Falta de legitimación por activa de Jesús Antonio Bohórquez***, indicando que frente a los actos médicos propiamente dichos, los resultados adversos en la prestación del servicio médico, esto es, el diagnóstico, tratamiento o cirugías, no constituyen una falla del servicio cuando tales resultados son atribuibles a causas naturales, como en aquellos eventos en los cuales no se puede interrumpir el curso de una enfermedad a pesar de la intervención médica, bien porque el organismo del paciente no responde a los tratamientos, o porque en el momento no se contaba con los conocimientos y elementos científicos necesarios para encontrar remedio o paliativo para la enfermedad o enfermedades que aqueja al paciente, o porque tales recursos no están al alcance de las instituciones médicas del Estado.

Que en tales eventos, la falla del servicio deriva de la omisión de utilizar los medios diagnósticos o terapéuticos aconsejados por los protocolos médicos; por no prever, siendo previsible, los efectos secundarios de un tratamiento; por no hacer el seguimiento correspondiente a la evolución de la enfermedad a fin de verificar el diagnóstico o tratamiento; y en fin, todas aquellas actuaciones que demuestren que el servicio fue prestado de manera deficiente, por cuanto la paciente fue tratada con la máxima eficiencia en cuanto a la atención en salud, y según se desprende de la historia clínica, a la paciente se le efectuó un seguimiento con personal médico, se le practicaron los procedimientos necesarios y se le brindó el cuidado médico requerido desde el 20 de noviembre de 2012 hasta la fecha de su fallecimiento; que en ese orden, no existe nexo causal entre el actuar del Hospital Santa Lucía de Cajamarca con el resultado falta de la paciente.

3.3. COMFENALCO EPS-S Liquidada (fl. 344-380)

Se opone a la prosperidad de las pretensiones incoadas en la demanda, haciendo la manifestación respectiva frente a los hechos narrados en el libelo inicial; propone las excepciones de ***Ausencia de la falla presunta... y el supuesto hecho generador del daño antijurídico, Inexistencia de la falla en el servicio... y el presunto hecho generador del daño antijurídico, Ausencia de nexo causal entre el presunto daño antijurídico y la responsabilidad de la EPS-S Comfenalco Tolima, Ausencia de solidaridad entre la EPS-S Comfenalco Tolima y la Clínica Sharon y UCI Tolima, Falta de legitimación por pasiva, Ausencia de culpa respecto del presunto daño antijurídico y la EPS-S Comfenalco Tolima en Liquidación, y Obligatoriedad en contratar con la red pública y con el Hospital de Cajamarca*** indicando que la EPS-S Comfenalco ha cumplido a cabalidad con sus obligaciones legales y constitucionales con cuidado y diligencia, y en todo caso no está llamada a prosperar la falla presunta planteada por la parte actora, como quiera que los propios hechos no hacen mención a probables incumplimientos o falta de diligencia de la EPS-S Comfenalco Tolima, estando por el contrario demostrado que esta no obstaculizó la atención de la

paciente, como quiera que autorizó de manera ágil y diligente todos los procedimientos requeridos por la paciente tanto en el Hospital Santa Lucía de Cajamarca como en la Clínica Sharon – UCI Tolima; y en todo caso, la parte actora alega es la negligencia médica o falla del servicio médico, más no en la mala administración de los recursos por parte de la EPS-S demandada.

3.4. CAPRECOM EICE en Liquidación – hoy liquidada (fl. 418-423)

Se opone a la prosperidad de las pretensiones, haciendo la manifestación respectiva frente a los hechos narrados en la demanda; plantea las excepciones de **Ausencia del falla en el servicio, Pre existencia de enfermedad de base, Ausencia de culpa, Culpa exclusiva de la víctima y familiares, y Ausencia de responsabilidad por parte de CAPRECOM**, indicando que el servicio de salud prestado a la señora María Evelia González Palomá fue adecuado y oportuno, con el fin de salvaguardar la vida de la paciente; a tal punto que la paciente fue ubicada en una UCI en la Clínica Sharon de Ibagué en un término de 24 horas, asegurándole allí la prestación del servicio a cargo del personal idóneo que la atendió, practicándole los exámenes diagnósticos que requirió, así como el tratamiento farmacológico ordenado por los médicos tratantes.

Que no obstante la atención prestada, al momento de afiliarse a la EPS-S CAPRECOM, esto es 26 días antes su fallecimiento, el estado de salud de la señora María Evelia González Palomá no era alentador debido a las complicaciones derivadas de sus múltiples enfermedades de base, las cuales llevaron al deterioro físico producto de un primer evento cerebrovascular padecido 4 años atrás y un segundo evento cerebrovascular padecido el 15 de septiembre de 2012, esto es, una enfermedad cerebrovascular, aunado a la patología denominada Parálisis de Bell la cual implica daño al séptimo par craneal, en conjunto con otras patologías, como la hipertensión arterial que aquejaban a la paciente.

Que a pesar del tratamiento oportuno brindado a la señora María Evelia González Palomá, sus antecedentes personales de salud hicieron más gravosa su recuperación, enfrentando condiciones de discapacidad mental y física por la gravedad del daño cerebral, lo cual se le informó a los familiares, los cuales en situaciones como la de la señora María Evelia González Palomá juegan un papel importante para la recuperación del paciente y que a pesar de que la paciente fue dada de alta en buenas condiciones de salud, las complicaciones más gravosas del estado de la paciente las sufrió bajo el cuidado de sus familiares, pues pasados 12 días de estar a su cuidado, fue ingresada nuevamente al servicio de urgencias, en donde se registran como hallazgos clínicos, paciente con mala interacción con el medio, deshidratación grado III, hipotensa, con mal estado general, pobre pronóstico vital a corto plazo, con úlcera sobre infectada con secreción purulenta (la escara lumbosacra se encontraba en proceso de cicatrización, limpia y cubierta, al dársele de alta días antes), con eritema perilesional, caquética, con rinorrea hialina; condiciones de las cuales se evidencia el descuido por parte de los familiares con la paciente, por cuanto su estado de deshidratación y desnutrición son evidentes.

3.5. Llamada en Garantía - La Previsora S.A. Compañía de seguros (fl. 486-493)

Se opone a la prosperidad de las pretensiones, haciendo la manifestación respectiva frente a los hechos narrados en la demanda; plantea las excepciones de ***Inexistencia de los elementos estructurales de la responsabilidad; Inexistencia de daño; Inexistencia y falta de acreditación de la obligación que se pretende se indemnice; Inexistencia de la mala atención médica o mala praxis médica; Inexistencia de la obligación de indemnizar; Inexistencia de cobertura, póliza claims made, reclamación presentada después de la vigencia...; y La obligación de que se endilga a la sociedad Previsora S.A. Compañía de Seguros ha de ser en virtud de la existencia de un contrato de seguros y conforme a los términos establecidos en la Póliza No. 1001973 Hospital Santa Lucía de Cajamarca E.S.E. de dicho contrato***, indicando que frente al hecho que se demanda como generador del daño, no existe negligencia, impericia o imprudencia por parte del Hospital Santa Lucía de Cajamarca E.S.E. que le endilgue responsabilidad alguna; aduce que no se demostró la existencia del daño alegado, toda vez que el elemento de “que sea cierto” no se configura, por cuanto lo que se alega como base del daño, son meras hipótesis de un daño emergente.

Que frente a la aseguradora, a esta no le surge la obligación de indemnizar, en virtud del contrato de seguro, por cuanto la fecha del reclamo está por fuera del periodo de cubrimiento y vigencia de la misma, toda vez que la reclamación se efectuó el 23 de febrero de 2015 ante la Procuraduría 27 Judicial II en lo Administrativo de Ibagué y el cubrimiento de la póliza se había extendido solo hasta el 27 de mayo de 2013; que en todo caso según lo estipulado en la póliza No. 1001973, el reclamo de tercero o de sus causahabientes se debe presentar dentro del periodo de vigencia de la póliza y que en el caso concreto, el reclamo se presentó por fuera de la vigencia de dicha póliza.

4. TRÁMITE PROCESAL

La demanda fue presentada el 23 de febrero de 2015 e inadmitida por el Juzgado Segundo Administrativo del Circuito de Ibagué a través de auto fechado 30 de abril de 2015 (Fol. 180); una vez subsanada, fue admitida mediante auto del 3 de julio de 2015 disponiendo lo de ley (Fol. 191); dentro del término correspondiente, el Hospital Santa Lucía de Cajamarca E.S.E. realizó un llamamiento en garantía a La Previsora S.A. Compañía de Seguros, el cual fue admitido mediante auto del 25 de agosto de 2016 (Fl 20 C. Llamado en Garantía). Por auto del 25 de agosto de 2016 se admitió la reforma de la demanda (Fol. 444).

Mediante auto del 13 de julio de 2017 se fijó fecha para la audiencia inicial consagrada en el artículo 180 del CPACA (Fl. 497); posteriormente por auto del 17 de octubre de 2017 el entonces Juez Segundo Administrativo Oral del Circuito de Ibagué declaró que incurría en la causal de impedimento establecida en el numeral 9 del artículo 141 del C.G.P. (Fl. 505); por auto del 14 de noviembre de 2017 este Juzgado declaró fundado tal impedimento y avocó el conocimiento del presente proceso (Fl. 509-510).

Mediante auto del 23 de marzo de 2018 se fijó fecha para la audiencia inicial consagrada en el artículo 180 del CPACA (Fl. 512), la cual se llevó a cabo el día 5 de julio del año 2018, con la comparecencia de los apoderados judiciales de las partes; en ella se analizaron los requisitos de procedibilidad, se fijó el litigio, se evacuó el trámite correspondiente a las posibles fórmulas de conciliación sin que las partes llegaran a un acuerdo, y se decretaron pruebas (Fls. 523-529). Los días 6 de marzo de 2019 y 5 de abril de 2021 (Fls. 564-566 del expediente físico y archivo "C2. 002-2015-00087 ACTA AUDIENCIA DE PRUEBAS (1).pdf" del expediente digital) se adelantó la audiencia de pruebas consagrada en el artículo 181 del C.P.A.C.A., quedando pendiente el recaudo de una prueba documental pericial, para lo cual se requirió a la parte actora para que informara si asumiría el costo de tal prueba pericial; posteriormente, mediante auto del 29 de abril de 2021 se dio por terminada la etapa procesal; finalmente se corrió traslado para la presentación por escrito de los alegatos de conclusión dentro de los 10 días siguientes (Archivo C7. 002-2015-00087 AUTO CORRE TRASLADO PARA ALEGAR.pdf del Expediente Electrónico),.

5. ALEGATOS DE CONCLUSIÓN.

Dentro del término concedido para el efecto, los apoderados judiciales de la parte demandante, las demandadas Comfenalco, Par Caprecom Liquidado, Hospital Santa Lucía de Cajamarca, Clínica Sharon y UCI Tolima, así como la llamada en garantía, presentaron sus alegatos, tal y como se evidencia en constancia secretarial obrante en el archivo D6. 002-2015-00187 CONSTANCIA SECRETARIAL VENGE TRASLADO PARA ALEGAR.pdf del expediente electrónico, reiterando los argumentos expuestos en sus intervenciones iniciales y refiriendo que las pruebas practicadas le daban la razón a la tesis planteada por cada uno de ellos.

II. CONSIDERACIONES

Agotado el trámite de instancia, procede el Despacho a dirimir a continuación la controversia.

1. COMPETENCIA

Es competente este Despacho para aprehender el conocimiento del presente asunto en primera instancia, de conformidad a lo previsto en la cláusula general de competencia consagrada en el inciso 1º del artículo 104 del C.P.A.C.A., así como lo dispuesto en los artículos 155 numeral 6º y 156 numeral 6º *ibidem*.

2. PROBLEMA JURÍDICO

El problema jurídico a resolver, consiste en determinar si las entidades demandadas, son administrativa y extracontractualmente responsables, por los perjuicios materiales e inmateriales que se dicen causados a los demandantes, como consecuencia de la presunta falla en el servicio médico que desencadenó en el fallecimiento de la señora María Elvia González Palomá (q.e.p.d.) el 26 de noviembre de 2012, y de ser así, establecer si la responsabilidad por tales daños recae de manera conjunta o individual sobre las entidades demandadas.

Adicionalmente se deberá resolver sobre la relación jurídico sustancial entre llamante y llamado en garantía, para determinar si la llamada en garantía La Previsora S.A. Compañía de Seguros debe entrar a responder frente a su llamante y en qué porcentaje.

3. MARCO JURÍDICO

3.1. *Responsabilidad patrimonial del Estado*

Existe una cláusula general de responsabilidad patrimonial del Estado, cuyo fundamento constitucional está consagrado en el artículo 90 de la Constitución Política, que preceptúa: *“El Estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas.”*, lo cual supone la responsabilidad de cualquier autoridad pública, no solo por el actuar antijurídico de sus agentes, sino también por sus acciones lícitas que aunque estén encaminadas a la satisfacción de los fines esenciales del estado, devienen en antijurídicas, cuando imponen a los coasociados, una carga que no están en el deber jurídico de soportar.

Bajo este entendido, para que exista responsabilidad del Estado se requiere de la concurrencia de varios elementos, a saber: (i) el daño antijurídico, (ii) la imputabilidad jurídica y fáctica del daño a un órgano del Estado y, (iii) el nexo causal entre el daño y el hecho de la administración.

A partir de la disposición constitucional trascrita, la jurisprudencia y la doctrina contencioso administrativa han desarrollado distintos regímenes de responsabilidad imputables al Estado, como (i) el subjetivo, que se basa en la teoría de la falla del servicio y (ii) el objetivo, que obedece a diferentes situaciones en las cuales la entidad estatal está llamada a responder, por un lado, con ocasión del ejercicio de actividades peligrosas o la utilización de elementos de la misma naturaleza, caso en el cual se habla del régimen del riesgo excepcional, y por otro, debido a la ruptura de la igualdad frente a las cargas públicas, caso en el cual estamos en presencia del régimen del daño especial, por ende, corresponde determinar en cada caso, el régimen de responsabilidad aplicable.

En el caso concreto, la parte actora en sus pretensiones solicita que se declare que los demandados incurrieron en falla del servicio médico asistencial que originó perjuicios a los demandantes; en los enunciados fácticos se hace referencia a que no se practicaron oportunamente los exámenes diagnósticos, la valoración por neurocirugía y que la EPS no autorizó oportunamente los servicios ordenados a la paciente.

Bajo ese hilo conductor, es claro para el Despacho que el título de imputación que se ajusta a las pretensiones de la demanda es el de **falla del servicio** por la actividad médica hospitalaria¹, para lo cual le corresponde a la parte accionante, demostrar la ocurrencia de todos los elementos integradores de este tipo de responsabilidad, esto es, i) un daño antijurídico que configure lesión o perturbación

¹ Consejo de Estado-Sección Tercera-Subsección B. Sentencia del 5 de marzo de 2015. Expediente: 50001-23-31-000-2002-00375-01(30102).

de un bien jurídicamente tutelado, ii) una falla en la prestación del servicio por retraso, irregularidad, ineficiencia, omisión o ausencia del mismo, y iii) Un nexo de causalidad entre la falla o falta de prestación del servicio a que la Administración está obligada y el daño².

3.2. De la falla probada del servicio en los casos de responsabilidad médica.

En relación con la responsabilidad por perjuicios causados con ocasión de la prestación de servicios médicos, la Sección Tercera del Consejo de Estado³ luego de diversas posturas jurisprudenciales, ha señalado que el régimen de responsabilidad aplicable es el de falla probada del servicio; es así que dicho cuerpo colegiado en sentencia del 24 de julio de 2013 dentro del expediente No. 25000-23-26-000-2000-01412-01 Numero interno 30309, adujo que:

“La Responsabilidad por falla médica ha evolucionado a lo largo de los años, pasando desde el régimen de falla probada del servicio, la falla presunta del servicio, la carga dinámica de la prueba y en el año 2006, mediante Sentencia del 31 de agosto, volvió al régimen de falla probada, en razón de la complejidad de los temas médicos y la dificultad para las instituciones públicas en el ámbito probatorio, debido al tiempo que transcurre y la cantidad de casos que manejan”, razón por la cual actualmente en “los casos de falla médica son revisados actualmente bajo el régimen de la falla probada del servicio, en el cual no solo debe demostrarse la existencia de un daño, sino también su imputabilidad a la entidad que se demanda”.

Es que a voces del Consejo de Estado, en materia de responsabilidad médica, la presunción de la falla del servicio eliminaría del debate probatorio asuntos de suma importancia, como la distinción de hechos que pueden calificarse como omisiones, retardos o deficiencias, así como aquellos que puedan ser efectos de la misma enfermedad que sufra el paciente; por tanto, trasladar al Estado la carga de desvirtuar dicha presunción, en una materia sumamente compleja, donde el paso del tiempo y las condiciones de masa (impersonales) en las que se presta el servicio en las instituciones públicas hacen muy compleja la demostración de todos los actos en los que éste se materializa. Y es que el sólo transcurso del tiempo entre el momento en que se presta el servicio y aquél en el que la entidad debe ejercer su defensa, aunado además a la imposibilidad de establecer una relación más estrecha entre médicos y pacientes, hace más difícil para la entidad que para el paciente acreditar las circunstancias en las cuales se prestó el servicio.

Por consiguiente, de manera reiterada determina el Consejo de Estado que debe ser una exigencia institucional, llevar de forma clara y completas las historias clínicas de manera tal *“que su solo estudio permita al juez, con la ayuda de peritos idóneos”*⁴ establecer si hubo o no responsabilidad estatal en los daños que invoquen sufrir los pacientes como consecuencia de la prestación de un servicio médico.

² Pág. 173 expediente físico

³ Consejo de Estado. Sentencias de 3 de mayo de 2007. Expediente: 17.280; 26 de marzo de 2008. Expediente: 16.085; 23 de abril de 2008. Expediente: 15.750; 28 de abril de 2010. Expediente: 20.087. Sentencia del 5 marzo de 2015, expediente 50001-23-31-000-2002-00375-01(30102).

⁴ Sentencia del 22 de enero de 2014, Consejo de Estado-Sección Tercera-Subsección C, Rad. 25000-23-26-000-1999-01117-01(27076)

4. PRUEBAS RELEVANTES PRACTICADAS.

Pruebas documentales:

- Copia del registro civil de defunción de María Evelia González Palomá (q.e.p.d.), que acredita su fallecimiento el 26 de noviembre de 2012 (fl. 7 expediente físico).
- Copia del registro civil de defunción de Jesús Antonio Bohórquez (q.e.p.d.), que acredita su fallecimiento el 16 de septiembre de 2013 (fl. 161 expediente físico).
- Copia de los registros civiles de nacimiento de María Gloria Bohórquez, Ana Maritza Bohórquez González, José Isidro Bohórquez González, Flor Alba Bohórquez González, Jesús Antonio Franco Bohórquez, Luisa Fernanda Muñoz Bohórquez, Luis Eduardo Bohórquez González, Natalia Martínez Bohórquez, Omar Julián Martínez Bohórquez, Alejandro Alfonso Bohórquez, Sharith Yuliana Alfonso Bohórquez los cuales acreditan el parentesco de los demandantes como hijos y nietos de María Evelia González Palomá (q.e.p.d.) y Jesús Antonio Bohórquez (q.e.p.d.) (fls. 126-137- expediente físico).
- Copia de la Escritura Pública No. 240 del 1° de septiembre de 2014 de la Notaría Única de Cajamarca, junto con sus anexos, por la que se protocoliza la sucesión notarial de Jesús Antonio Bohórquez (q.e.p.d.) (fls. 138-160 expediente físico).
- Copia de los carnés de María Evelia González Palomá (q.e.p.d.) que dan fe de su afiliación a Caprecom EPS y a EPS-S Comfenalco (fl. 124-125 expediente físico).
- Historio clínica de María Evelia González Palomá (q.e.p.d.) del Hospital Santa Lucía E.S.E. de Cajamarca que da cuenta de la atención dada por tal centro asistencial (fls. 13-52, 237-295 expediente físico).
- Historio clínica de María Evelia González Palomá (q.e.p.d.) de la Clínica Sharon y UCI Tolima Ltda., por tal centro asistencial (fls. 54-123 expediente físico).
- Copia de los formatos de Consentimiento Informado de la Clínica Sharon y UCI Tolima Ltda., dados a la señora María Evelia González Palomá (q.e.p.d.) y sus familiares, el 28 y 30 de septiembre de 2012 (fls. 213-214 expediente físico).
- Copia de interpretación TAC cráneo simple del 18 y 25 de septiembre de 2012, de la señora María Evelia González Palomá (q.e.p.d.) (fls. 215-216 expediente físico).
- Copia de fórmulas médicas dadas por el médico tratante de la Clínica Sharon y UCI Tolima Ltda. a la señora María Evelia González Palomá (q.e.p.d.) (fls. 217-220 expediente físico).
- Copia del contrato de servicios de salud de baja complejidad por la modalidad de capitación No. 25101001-006-0142012 y Anexo 1 suscrito entre Comfenalco Tolima EPS-S y el Hospital Santa Lucía E.S.E., con fecha de ejecución del 1° de abril al 31 de diciembre de 2012 (fls. 312-322 expediente físico).
- Copia del contrato de servicios de salud de media y alta complejidad por la modalidad de evento No. 25101001-053-01042012 y Anexo 1 suscrito entre Comfenalco Tolima EPS-S y la Clínica Sharon y UCI Tolima Ltda., con fecha de ejecución del 1° de abril al 31 de diciembre de 2012 (fls. 323-334 expediente físico).

- Copia de autorizaciones de servicios ordenados por el Hospital Santa Lucía de Cajamarca y la Clínica Sharon y UCI Tolima, para el tratamiento de la patología de la señora María Evelia González Palomá (q.e.p.d.) (fls. 335-339 expediente físico).
- Copia de la póliza de responsabilidad civil No. 1001973 del 4 de junio de 2012 con vigencia del 27 de mayo de 2012 al 27 de mayo de 2013, suscrita por el Hospital Santa Lucía de Cajamarca con la Previsora S.A. Compañía de Seguros (fls. 476-485 expediente físico).
- Informe Pericial de Clínica Forense No. UBIBG-DSTLM-00590-2021 del 25 de enero de 2021, suscrito por la doctora Adriana Lorena Roca Peña, Directora Seccional del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - Unidad Básica Ibagué (archivo "A2. 002-2015-00087 DICTAMEN PERICIAL MEDICINA LEGAL SECCIONAL TOLIMA.pdf" de la carpeta Cuaderno Prueba Pericial del expediente electrónico), el cual fue sustentado en la audiencia de pruebas adelantada el 5 de abril de 2021.

Dictamen pericial:

A instancia de la parte actora, se decretó dictamen pericial, que fue rendido mediante Informe Pericial de Clínica Forense No. UBIBG-DSTLM-00590-2021 del 25 de enero de 2021, suscrito por la doctora Adriana Lorena Roca Peña, Directora Seccional del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - Unidad Básica Ibagué (archivo "A2. 002-2015-00087 DICTAMEN PERICIAL MEDICINA LEGAL SECCIONAL TOLIMA.pdf" de la carpeta Cuaderno Prueba Pericial del expediente electrónico). Tal dictamen fue sustentado en la segunda sesión de la audiencia de pruebas adelantada el 5 de abril de 2021, a cuyas conclusiones se referirá el Despacho al estudiar los elementos de responsabilidad en el caso concreto.

Testimonios

Se recibieron los testimonios de los señores Hilda Barrero Alfaro y Omar Martínez Ballesteros, pruebas decretadas a petición de la parte actora; declaraciones que dan cuenta de la conformación del núcleo familiar de los demandantes y del trato existente entre estos. Respecto de los pronunciamientos hechos acerca de la atención en salud prestada a la señora María Evelia González Palomá (q.e.p.d.) por los centros asistenciales demandados, tales no serán tenidos en cuenta como quiera se trata de testigos de oídas.

5. DE LOS HECHOS PROBADOS

Con las pruebas practicadas se logró establecer que la señora María Evelia González Palomá (q.e.p.d.), para el 19 de enero de 2009 sufrió de parálisis facial periférica izquierda (Parálisis de bell) con antecedentes de hipertensión arterial sin tratamiento.

El 15 de septiembre de 2012, la señora María Evelia González Palomá (q.e.p.d.) fue llevada al servicio de urgencias del Hospital Santa Lucía de Cajamarca E.S.E. observándose en los hallazgos clínicos un *"cuadro clínico de 1 día de evolución consistente en mareo, desvanecimiento, sudoración fría, palidez, trida (sic) por familiar quein (sic) refiere que tuvo hace 4 años un ECV Impresión Diag: I10X Hipertensión esencial*

(primaria) Examen físico: Estado general: aceptables condiciones generales, refiere (sic) cefalea (sic) global Extremidades: Mviles espontaneamente Neurológico: Sin déficit Dx: hipertensión esencial (primaria) Cefalea debida a tensión Indican hidratación, antihipertensivo, observación control de signos vitales”.

A su vez en las notas de enfermería se registró que *“Ingresa paciente a consulta por urgencias, paciente deambulando, en compañía de familiar. Consulta con cuadro clínico de hipertensión arterial de 220 120 mmhg. Se observa paciente algica, ansiosa, sus signos vitales son estables se observan mucosas secas, adecuado patrón respiratorio sin déficit neurológico. Campos pulmonares limpios, hemodinámicamente estable. Extremidades con adecuada perfusión distal normal, conciente, orientado en las 3 esferas, moviliza simétricamente 4 extremidades, marcha normal perfusión distal normal. Valorada por el medico quien ordena iniciar manejo medico hospitalario, se canaliza sin dificultad...”.*

El 16 de septiembre de 2012 la señora María Evelia González Palomá (q.e.p.d.) continuó presentando un mal estado general, somnolienta, desorientada en 3 esferas, con cefalea, pupilas isocóricas normo reactivas, mucosa oral húmeda; con ruidos cardiacos rítmicos sin soplos, ruidos respiratorios sin agregados extremidades sin edema. Neurológicamente la paciente se encontraba desorientada en persona, espacio y tiempo; presentaba leve desviación de comisura labial a la derecha y continuaba con cefalea consecuencia de la hipertensión arterial.

A las 16:22 horas del 16 de septiembre de 2012 la paciente María Evelia González Palomá (q.e.p.d.) fue remitida en ambulancia a la Clínica Sharon de Ibagué, *“con cifras tensionales altas, en regular estado general, somnolienta, con adinamia astenia, desviación de la comisura labial hacia la izquierda con líquidos parenterales permeables ...adecuado patrón respiratorio, buena perfusión distal, con oximetrías por encima de 90%, con oxígeno húmedo a 3 litros por minuto por cánula nasal, consciente desorientada...”.*

Una vez fue ingresada a la Clínica Sharon y UCI Tolima, se registró *“NOTA INGRESO UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS. REVISTA MÉDICA DR MORENO. Paciente procedente del Hospital Nivel I de atención de Cajamarca por cuadro de 1 día de evolución de alteración de el estado de conciencia, tendencia a la somnolencia, fue valorada en dicho servicio donde documentan cifras tensionales elevadas y consideran remisión para manejo hospitalario en mayor nivel de complejidad Al ingreso paciente sintomática con cifras tensionales 200/100, hemiparesia izquierda, facial central izquierdo por lo cual se considera manejo en Cuidados Intermedios por la necesidad de Infusión de Nitroprusiato. ANTECEDENTES PATOLOGICOS Hipertensión Arterial con pobre adherencia Evento cerebrovascular hace 3 años Farmacológicos: Desconocidos por la hija OBJETIVO: TA 200/100 FC 90 FR 23 Pupilas isocóricas normo reactivas, ptosis palpebral izquierda Mucosas húmedas Tórax ruidos cardiacos sin extratonos Desviación de la comisura labial. ANALISIS: Paciente con Emergencia Hipertensiva Órgano Blanco a cerebro, se inicia infusión de Nitroprusiato Dosis respuesta, se solicita tomografía cerebral Dx. Encefalopatía hipertensiva”.*

El 17 de septiembre a las 10:52 horas se registró evolución, refiriendo sentirse mejor la paciente; fue diagnosticada con Emergencia Hipertensiva Órgano Blanco Cerebro, Hipertensión Arterial Sistémica, Secuelas de Enfermedad Cerebrovascular Hipertensiva, Hipocalemia y Alteración del Estado de Conciencia; presentando

regulares condiciones generales, no picos febriles Ptosis izquierda Hidratada, aceptando y tolerando la vía oral, Hemo dinámicamente inestable, con requerimiento de soporte con nitroprusiato, ruidos cardiacos rítmicos, no agregados.

Así mismo se registró que sus pulmones se encontraban bien ventilados, no agregados, Gases arteriales sin trastorno acido-básico; consciente, alerta, inquieta, desorientada, hemiparesia izquierda, no signos meníngeos. Se le practicaron exámenes arrojando Glucometrías entre 175 y 180 mg/dl Diuresis en pañal. Presentó retención urinaria, se realizó paso de sonda vesical con drenaje de abundante orina clara. Adicionalmente se le practicó Hemograma con neutrofilia, Azoados normales Hipolemia; igualmente se le practicó RX de tórax observando silueta cardiaca normal y campos pulmonares limpios. En el análisis se registró evolución favorable con mejor control de cifras tensionales, continua con infusión de vasoactivo, no signos de dificultad respiratoria, metabólicamente estable. Se continúa optimizando antihipertensivos orales para realizar retiro de soporte vasoactivo. Pendiente TAC de cráneo simple, se solicita ecocardiograma. Dx. Hipertensión esencial (primaria) Emergencia hipertensiva órgano blanco cerebro.

El 17 de septiembre continuó con manejo en UCI por inestabilidad hemodinámica y requerimiento de soporte vasoactivo.

El 18 de septiembre a las 10:40 horas se registró evolución, refiriendo Paciente en regulares condiciones generales, metabólicamente estable, sin taquicardia, afebril, tendencia a la HTA sistólica, sin soporte vasoactivo, ni ventilatorio asistido. Paraclínicos: Tiempos nitrogenados normales, cuadro hemático con ligera leucocitosis, gasimetría: cidosis metabólica leve compensada con alcalosis respiratoria, hipernatremia, sin alteración en los índices de oxigenación. TA: 148/99 FC: 86 FR: 16 Neurológico: Consciente, alerta, inquieta, desorientada, hemiparesia izquierda, no signos meníngeos.

En el análisis se registró que el reporte oficial del ecocardiograma mostraba eyección del 63%; el análisis de la contracción segmentaria en reposo no demostraba anormalidades, función sistólica biventricular conservada. Esclerosis valvular aórtica. Se inició ringer al ½ por hipernatremia, se adiciona amlodipino 5 mg VO c/12 horas, hidroclorotiazida 12.5 mg/ día. Los RX de tórax no mostraban infiltrados ni consolidaciones, no hemo ni neumotórax, silueta cardiaca normal.

A las 18:12 horas se registró *“TA: 132/75 FC: 100 FR: 16 SAT: 96 Cardiopulmonar sin cambios Paciente con documentación tomográfica de Hemorragia cerebral, se continua igual soporte con Nitroprusiato, hoja neurológica cada 2 horas, se suspende ácido acetil salicílico y enoxaparina. DX. Hemorragia Intracerebral en hemisferio, no especificada”*.

El 19 de septiembre a las 12:23 horas se registró evolución, así: *“TA: 152/105 FC: 98 FR: 10 Neurológico: Consciente, alerta, inquieta, desorientada, hemiparesia izquierda, no signos meníngeos. Análisis: Reporte de TAC cerebral indica hemorragia intracerebelosa izquierda, con extensión al sistema ventricular, cambios de leuco encefalopatía de pequeño vaso de etiología hipertensiva, arterioesclerótica o isquémica”*. Remitieron el caso a neurocirugía para posible ventriculostomía e iniciaron remisión.

El mismo 19 de septiembre la señora María Evelia González Palomá (q.e.p.d.) fue atendida por el Médico Internista Roberto Moreno Martínez, registrando que se evaluó el caso con Dr. Ñañez, Neurocirujano, indicando remitirse a Neurocirugía para posible ventriculostomía, iniciando trámites de remisión.

El 23 de septiembre a las 12:23 horas se registró que se encontraba pendiente traslado para clínica "neuroqx" y realizar posible ventriculostomía; continuó manejo en UCI por riesgo de inestabilidad hemodinámica, riesgo de alteración del estado de conciencia e insuficiencia respiratoria secundaria.

El 24 y 25 de septiembre se registró la imposibilidad de ubicar a la paciente en otra IPS para manejo en UCI y neurocirugía.

El 25 de septiembre a las 16:14 horas se registra evolución, indicando "TA: 141/89 FC: 63 x min FR: 20 x min. Miembros no edemas, perfusión distal conservada, hemiparesia izquierda 3/5 Análisis: PROBLEMAS: 1-Encefalopatía Refractaria Evolución estacionaria, indicación de manejo integral por Neurocirugía diferida por no ubicación por parte de su aseguradora, existe riesgo latente de Hidrocefalia y requerimiento de ventriculostomía, se realiza entrega formal a personal asistencial de ambulancia medicalizada, egresa con los signos y en las condiciones previamente registradas para realización de tomografía de control ordenado para la fecha, se brinda información a familiares, sobre estado actual, plan de manejo y pronóstico del paciente".

A las 17:22 horas se reingresó a la paciente de Tomografía cerebral, procedimiento y traslado sin registro de complicaciones inmediatas aparentes. No cambios neurológicos. Análisis: Tomografía con Hemorragia Intracerebelosa Izquierda, compromiso IV ventrículo, leuco encefalopatía sin cambios, se continua igual manejo, pendiente lectura oficial de tomografía por radiología, se insiste en remisión para manejo integral por Neurocirugía, riesgo elevado de Hipertensión Endocraneana, Hidrocefalia secundaria.

El 26 de septiembre a las 17:34 horas se registró evolución, indicando el médico Neurocirujano Dr. Hernán Ñañez: "Paciente con cuadro clínico de 1 semana de evolución de alteración del estado de consciencia se mantiene estable clínicamente desde su ingreso ...despierta, se relaciona con el medio moviliza las 4 extremidades no tiene signos de hte parálisis facial y ptosis palpebral residual no signos meníngeos SV estables Tac de cráneo de control muestra hemorragia cerebelosa en resolución con IV ventrículo abierto, sin hidrocefalia.... Plan. Continuar manejo en UCI".

A las 17:44 horas se registró la evolución de la paciente indicando el Especialista en Medicina Interna Dr. Roberto Moreno Martínez: "Paciente en su día 11 de estancia en cuidados internos. DIAGNÓSTICO DE TRABAJO: 1-Emergencia Hipertensiva órgano blanco cerebro. 2-Hemorragia cerebelosa. ENFERMEDADES ASOCIADAS:1-Hipertensión Arterial. 2-Secuelas de evento cerebrovascular. No cambios neurológicos de importancia, desorientación en tiempo y espacio, no picos febriles. Igualmente registra como PROBLEMAS: 1-Encefalopatía Refractaria Evolución hacia la estabilización, revalorada en la fecha por Neurocirugía quien considera, reabsorción del sangrado, liberación de extensión ventricular, no desarrollo de Hidrocefalia por lo cual se cancela remisión para manejo quirúrgico,

continuar programa de rehabilitación, se brinda información a familiares, sobre estado actual, plan de manejo y pronóstico del paciente”.

Continuó la evolución diaria estable de la paciente, registrándose el 28 de septiembre de 2012 a las 10:32 horas por el especialista en Medicina Interna Dr. Roberto Moreno: *“DIAGNÓSTICO: 1. Emergencia hipertensiva órgano blanco cerebro. 2. Hemorragia cerebelosa extendida a IV ventrículo. 3. Hipertensión Arterial Sistémica. 4. Secuelas enfermedad cerebrovascular hipertensiva. Hipocalemia. Alteración del estado de la conciencia. Regulares condiciones generales. TA: 129/67, FC: 72 x Min. FR: 20 x Min. SAT: 96% No picos febriles. Con nutrición entera. No acepta la vía oral. Hemodinámicamente estable, ruidos cardiacos rítmicos, no agregados. Pulmones bien ventilados, no agregados. Abdomen con ruidos intestinales positivos, blando, depresible, no dolor a su palpación, no masas, no megalias. No edemas, buena perfusión distal. Muy pobre movilización, letárgica, hemiparesia izquierda⁵. Análisis: Evolución estable, no signos de dificultad respiratoria. Metabólicamente estable. No SIRS (Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica). Debido a que no acepta la vía oral se planteará a familiares realización de gastrostomía”.*

Durante el 29 de septiembre continuó evolución estable de la paciente e igual tratamiento.

El 30 de septiembre a las 08:16 horas se registró evolución, indicando que se atiende llamado de enfermería que refiere nota a la paciente con dificultad respiratoria. *“Acudiente refiere que no reacciona y está respirando mal desde hace una hora”.* Paciente en malas condiciones generales con FC 100/min. TA 107/65. FR 20/min. Saturación 76%. Temperatura 39C. C/C con sonda orogástrica para alimentación. Tórax ruidos cardiacos rítmicos sin soplos, ruidos respiratorios con roncos ocasionales en ambos campos pulmonares. Abdomen blando, depresible, sin dolor a palpación, no masas ni megalias. Extremidades sin edemas, frialdad distal. Neurológico sin respuesta a estímulos dolorosos. Con glucometría 200. ANÁLISIS: Con hipernatremia e hiperkalemia leves ...Paciente en malas condiciones generales, con empeoramiento de su cuadro clínico, cursando con fiebre, dificultad respiratoria y baja saturación de O₂. Se comenta con acudiente (hija) el pobre pronóstico neurológico y vital de la paciente, pero teniendo en cuenta recuperación previa, hija del paciente habla con demás acudientes y solicitan que a ésta se le realicen maniobras avanzadas de reanimación y traslado a UCI. Se comenta paciente con médico intensivista (Dr. Moreno) y aprueba traslado a Unidad de Cuidado Intensivo. PLAN. Se suspende mezcla de potasio, se deja SSN a 50 CC/ hora. Se coloca cánula de Guedel. Se traslada inmediatamente a UCI.

A las 08:53 horas se registró la evolución de la paciente realizándose resumen de dicha evolución indicando *“NOTA DE REINGRESO UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS. Revista Médica Dr. Moreno, - paciente en su día 15 de estancia hospitalaria previamente remitida del hospital nivel I de atención de Cajamarca por cuadro de 1 día de evolución de alteración del estado de conciencia, tendencia a la somnolencia, fue valorada en dicho servicio donde comentan cifras tensionales elevadas y consideran remisión para manejo hospitalario en mayor nivel de complejidad. El ingreso paciente sintomática con cifras tensionales 200/100, hemiparesia izquierda, facial central izquierdo por lo cual se considera*

⁵ Disfunción motora que afecta el lado izquierdo del cuerpo, de origen neurológico.

manejo en Cuidados Intermedios por la necesidad de Infusión de Nitroprusiato. Durante previa estancia en Cuidados Intensivos, se documenta primer control tomográfico: HEMORRAGIA INTRACEREBELOSA IZQ, CON ESTENSION (sic) AL SISTEMA VENTRICULAR, CAMBIOS DE LEUCOENCEFALOPATÍA DE PEQUEÑO VASO DE ETIOLOGÍA HIPERTENSIVA, ARTERIOESCLERÓTICA O ISQUÉMICA. No cambios neurológicos durante estancia, 2 control tomográfico tac de cráneo de control HEMORRAGIA CEREBELOSA EN RESOLUCIÓN CON IV VENTRÍCULO ABIERTO SIN HIDROCEFALIA, por lo cual se indicó manejo en piso y continuar programa de rehabilitación desde el 27 de septiembre, en la fecha médico hospitalario encuentra alteración del estado de conciencia compromiso de índices de oxigenación, considerando riesgo de falla ventilatoria con indicación de manejo en cuidados intensivos, motivo de la referencia. Al ingreso paciente febril, con dificultad respiratoria severa, movilización de secreciones audibles a distancia, tirajes intercostales, por lo cual se considera manejo avanzado de su vía aérea. Previa sedación y analgesia con 4 mg de Midazolam, 100 mcg de Fentanilo, se realiza intubación orotraqueal en primer intento, revisión en 5 puntos según protocolo, adecuada expansión y simetría del murmullo por lo cual se fija tubo 7,5 a 21 cm de comisura labial, procedimiento sin registro de complicaciones inmediatas aparentes, se conecta a ventilación mecánica. ...Análisis: Paciente con posible neumonía aspirativa, se inicia soporte ventilatorio dinámico, policultivar, cubrimiento antibiótico con espectro para gérmenes nosocomiales, piperacilina /tazobactam, por el momento no sedoanalgesia para valorar estado neurológico al corregir índices de oxigenación”.

El 1° de octubre a las 10:40 horas se registró evolución, indicando “Evolución favorable. Continua con soporte vasopresor. Con soporte ventilatorio mecánico invasivo. Metabólicamente más estable. Gasto urinario adecuado. Con remisión de los picos febriles. Se adiciona a manejo reposición de potasio oral, sulfato de magnesio IV, gluconato de calcio IV, demás manejo instaurado igual”.

El 2 de octubre se le realizó gastrostomía y traqueostomía, se indicó mantener la presión de la vía aérea entre 18 y 22 MMHG. Continuó manejo por UCI y terapia respiratoria.

El 4 de octubre a las 10:28 horas se registró evolución, indicando “Diagnósticos: 1. Insuficiencia respiratoria aguda resuelta 2. Neumonía derecha tratada 3. Hemorragia cerebelosa con drenaje a ventrículos 4. Emergencia hipertensiva órgano blanco cerebro. 5. Hipertensión arterial sistémica 6. Secuelas de evento cerebrovascular 7. POP gastrostomía (02 octubre 2012) 8. POP traqueostomía (02 octubre 2012) Paciente en regulares condiciones generales, metabólicamente inestable, taquicárdica, hizo picos febriles ayer, hemodinámicamente hipertensa... Paraclínicos: Nitrogenados normales, cuadro hemático con leucocitosis neutrofilia Gasimetría: Ligera alcalosis respiratoria, sin alteración electrolítica, con índices de oxigenación normales. TA: 149/62 FC: 118 x min FR: 18 x min Cánula de traqueotomía funcional Neurológico: Bajo sedoanalgesia residual, hace apertura ocular espontanea, conectada con el medio, no moviliza extremidades. Análisis: Los RX de tórax muestran atelectasia bibasal principalmente derecha, cánula de traqueostomía bien posicionada, no infiltrados, no consolidaciones, no hemo, ni neumotórax. Los reportes de hemocultivos 1 y 2 son negativos a las 60 horas, el urocultivo es negativo, y la secreción traqueal muestra crecimiento Klebsiella P. sensible a Piptazo. Los gases poscolocación 1 hora

en tienda muestran equilibrio ácido básico, con buenos índices de oxigenación, sin alteraciones electrolíticas”.

El 5 de octubre a las 8:52 horas se registró evolución, indicando *“Paciente traqueostomizada, bajo soporte ventilatorio mecánico, encefalopatía. Diagnósticos: 1. Insuficiencia respiratoria aguda resuelta 2. Neumonía derecha tratada 3. Hemorragia cerebelosa con drenaje a ventrículos 4. Emergencia hipertensiva órgano blanco cerebro. 5. Hipertensión arterial sistémica 6. Secuelas de evento cerebrovascular 7. POP gastrostomía (02 octubre 2012) 8. POP traqueostomía (02 octubre 2012) Regulares condiciones generales TA: 147/93 FC: 88 x min FR: 16 x min SAT: 95% No picos febriles Ventilatorio: Traqueostomía funcional, bajo soporte ventilatorio mecánico acoplada a la ventilación mecánica RX de tórax con mejoría de la atelectasia Neurológico: Más despierta, postrada Evolución inestable, continua con requerimiento de soporte ventilatorio mecánico, metabólicamente estable, buen gasto urinario”.*

El 6 de octubre a las 19:39 horas se registró Evolución lenta hacia la mejoría, tolerando protocolo de retiro de ventilación mecánica y rehabilitación diafragmática, necesitando menos horas de soporte ventilatorio intercalado. Trastorno electrolítico en corrección. El 8 de octubre se registró evolución favorable, continuando manejo en UCI por riesgo de falla ventilatoria.

Continuó evolución de la paciente, registrándose el 9 de octubre a las 15:29 horas, *NOTA INGRESO PISO MEDICINA INTERNA Paciente procedente del servicio de cuidados intermedios en su día 9 de RE- estancia hospitalaria DIAGNÓSTICOS DE TRABAJO: 1. Insuficiencia respiratoria aguda resuelta 2. Neumonía derecha tratada 3. Emergencia hipertensiva órgano blanco cerebro. 4. Hemorragia cerebelosa 5. Pop traqueostomía percutánea /Pop gastrostomía percutánea. ENFERMEDADES ASOCIADAS: 1. Hipertensión arterial 2. Secuelas de evento cerebrovascular Adecuada conexión con el medio externo, no signos clínicos activos de respuesta inflamatoria sistémica sin requerimiento de reconexión a ventilación mecánica TA: 94/53 FC: 77 x min FR: 26 x min SAT: 93% Ptosis palpebral izquierda Traqueostomía permeable, no sangrado activo Miembros no edemas, perfusión distal conservada, hemiparesia izquierda 3/5 sin cambios Análisis: Evolución hacia la estabilización, sin requerimiento de reconexión a ventilación mecánica por lo cual se consideró continuar programa de rehabilitación física en piso se continúa igual manejo”.*

Días posteriores continuó evolución favorable. Se le sentaba en silla de ruedas e inició terapia física y respiratoria intensiva.

El 21 de octubre a las 9:30 horas se registró evolución, indicando *“Paciente en hospitalización con IDX. De: 1. Insuficiencia respiratoria aguda resuelta 2. Neumonía derecha tratada 3. Hemorragia cerebelosa con drenaje a ventrículos 4. Emergencia hipertensiva órgano blanco cerebro. 5. Hipertensión arterial sistémica 6. Secuelas de evento cerebrovascular 7. POP gastrostomía (02 octubre 2012) 8. POP traqueostomía (02 octubre 2012) Paciente con disminución del volumen de secreciones FC: 80 x min TA: 110/60 FR: 18 x min Neurológico alerta, con hemiplejía izquierda Paciente con evolución estable del cuadro clínico, continúa hospitalizada recibiendo tratamiento de patologías de base, cuidados de enfermería, terapia física y terapia respiratoria por volumen de secreciones. En trámite con su aseguradora de succionador y oxígeno domiciliario. Plan: continua igual tratamiento.*

Como se trata de paciente postrada se irá adelantando solicitud para traslado a su domicilio en ambulancia básica con disponibilidad de oxígeno para cuando se le de egreso”.

El 27 de octubre a las 13:02 horas se registró evolución, indicando *“Paciente de 68 años en hospitalización con IDx de: 1. Insuficiencia respiratoria aguda resuelta 2. Neumonía derecha tratada 3. Hemorragia cerebelosa con drenaje a ventrículos 4. Emergencia hipertensiva órgano blanco cerebro. 5. Hipertensión arterial sistémica 6. Secuelas de evento cerebrovascular 7. POP gastrostomía (02 octubre 2012) 8. POP traqueostomía (02 octubre 2012) FC: 80 x min TA: 110/70 FR: 20 x min Paciente estable hemodinámicamente, no SIRS, no signos de dificultad respiratoria, no deterioro neurológico, continúa hospitalizada en ajuste de tratamiento de patologías de base, cuidados de enfermería, terapia física y terapia respiratoria. En trámite con su aseguradora para consecución de succionador y oxígeno domiciliario”.*

El 1° de noviembre a las 11:33 horas se registró evolución, indicando *“Paciente en hospitalización con Dx. 1. Insuficiencia respiratoria aguda resuelta 2. Neumonía derecha tratada 3. Hemorragia cerebelosa con drenaje a ventrículos 4. Emergencia hipertensiva órgano blanco cerebro. 5. Hipertensión arterial sistémica 6. Secuelas de evento cerebrovascular 7. POP gastrostomía (02 octubre 2012) 8. POP traqueostomía (02 octubre 2012) FC: 68 x min TA: 90/60 FR: 18 x min Neurológico alerta, con hemiplejia izquierda Paciente con evolución estable del cuadro clínico, continúa hospitalizada recibiendo tratamiento de patologías de base, cuidados de enfermería, terapia física y terapia respiratoria, ya tiene a disposición succionador, en espera que sea instalado oxígeno domiciliario para poder dar egreso. Plan: Continua por ahora igual tratamiento, mientras se logra oxígeno domiciliario y resolución de problema social”.*

Continuó evolución en días posteriores y el 8 de noviembre a las 08:45 horas se registró *“Paciente en hospitalización con IDX de: 1. Insuficiencia respiratoria aguda resuelta 2. Neumonía derecha tratada 3. Hemorragia cerebelosa con drenaje a ventrículos 4. Hipertensión arterial sistémica 5. Secuelas de evento cerebrovascular 6. POP gastrostomía (02 octubre 2012) 7. POP traqueostomía (02 octubre 2012) 8. Postdecanulación (06 noviembre 2012) FC: 80 x min TA: 110/60 FR: 16 x min ...Neurológico: alerta, con hemiplejia izquierda y disartria. Análisis: Paciente con evolución estable del cuadro clínico, continúa hospitalizada recibiendo tratamiento de patologías de base, terapia física y terapia respiratoria, en espera que sea instalado oxígeno domiciliario para poder dar egreso”.*

A las 12:37 horas se registró *“Nota Adicional. Paciente quien ya tiene a disposición oxígeno en su domicilio, pero acudiente (esposo) se acerca a mi de forma agresiva y dice que no se llevará la paciente, porque “no le avisaron con tiempo”, lo cual no es cierto porque desde hace varios días se les venía informando que tan pronto se le instalara el oxígeno domiciliario se iba a dar salida. Se le explica nuevamente al acudiente (esposo) pero el dice que no se llevará a la paciente. Se informa situación a personal administrativo. Mientras tanto se continúa administrando a la paciente tratamiento correspondiente”.*

A las 17:37 horas del 8 de noviembre de 2012 se registró: *“se hace entrega a familiares de fórmulas para Tto en casa, orden para reclamar bala de oxígeno portátil, órdenes para cita por consulta externa con neurología y con medicina interna por consulta externa y útiles*

y pertenencias de la paciente a los familiares, **sale en ambulancia básica para traslado hacia su sitio de residencia en buenas condiciones generales** con apertura ocular espontánea, conectada con el medio, en cama afebril, **con oxígeno por cánula nasal a 3 litros por minuto**, con hemiplejía lado derecho, sin acceso venoso, con leve movilidad de sus mss, con gastrostomía funcional, **con escara en región sacra en buen proceso de cicatrización**, cubierta con gasas vaselinadas, con pañal desechable limpio, sin movilidad de sus M11, se observa estable, sin ninguna complicación, en compañía de familiar”.

El 9 de noviembre de 2012 a las 09:32 horas, la señora María Elvia González Palomá (q.e.p.d.) asistió al Hospital Santa Lucía de Cajamarca a Consulta ambulatoria de medicina general. Motivo de Consulta: Control HTA. Paciente quien curso hace 2 meses con emergencia hipertensiva con daño de órgano blanco cerebro VS ECV con deterioro progresivo neurológico. Manejada en la UCI de la Clínica Sharon. Signos vitales: No se observa registro Examen físico: normal Dx: Secuelas de otras enfermedades cerebrovasculares y de las no especificadas”

El 20 de noviembre de 2012 a las 15:15 horas **ingresó a consulta general por ulcera**, “con signos vitales FC: 100 min FR: 18 min T: 37°C. PA: 80/40 Saturación 90.00%. Enfermedad actual: Paciente que ingresa en traslado básico traída de vereda, quien refiere cuadro de dolor intenso en la región sacroilíaca, al parecer según pobre información obtenida por familiar, debuto con emergencia hipertensiva con ACV y deterioro cerebral que requirió intubación orotraqueal y manejo en UCI por 15 días, **actualmente manejo de gastrostomía, al ingreso paciente muy mala interacción con el medio, deshidratada, hipotensa, mal estado general, pobre pronóstico vital a corto plazo, con ulcera sobre infectada**”.

En el plan de manejo y recomendaciones se registró: “Hospitalizar, reanimación hídrica, toma de paraclínicos posterior a hidratación. Se indica manejo antibiótico, analgésicos, vigilancia hemodinámica. Se hablará con familiares sobre pronóstico actual de la paciente”.

El 21 de noviembre se registró en la evolución, señalando “paciente con evolución clínica estacionaria no ha presentado fiebre ni otro signo de respuesta inflamatoria sistémica continua manejo médico medidas antiescara continua manejo intrahospitalario”

El 22 de noviembre se registró “paciente con evolución estacionaria, quien anoche estaba inquieta por lo cual requirió manejo con diazepam, actualmente estable hemodinamicamente sin signos de respuesta inflamatoria sistémica, con signos vitales dentro de lo normal, se decide continuar manejo médico, y medidas antiescara”.

Continuó evolución de la paciente, registrándose el 23 de noviembre, “paciente hemodinamicamente inestable con tendencia a la hipotensión no ha prestado fiebre ulcera profunda sin evidencia de eritema no calor ni rubor continua manejo médico”.

El 24 de noviembre se registró, “paciente en regular estado general, inestable hemodinamicamente, con tendencia a la hipotensión, por lo cual se ordena paso de líquidos en bolo, bajo estricto control de signos vitales, paciente sin signos de respuesta inflamatoria

sistémica. Hoy día 4 manejo con oxacilina, se solicita control de paraclínicos. Se decide continuar igual manejo médico instaurado”o.

El 25 de noviembre se consignó evolución que indicaba *“paciente cursando con escara en región glútea sobreinfectada, en regular estado general, inestable hemodinamicamente, con tendencia a la hipotensión, con edema de miembros inferiores por retención de realizar estricto control de signos vitales. Paciente sin signos de respuesta inflamatoria. Hoy día 5 de manejo con oxacilina, se decide continuar igual médico instaurado. Se reajusta manejo médico”*.

El 26 de noviembre a las 13:02 horas se registró evolución, indicando *“Paciente de 67 años que inicia cuadro febril asociado a taquipnea marcada, posterior a lo cual presenta dolor al parecer torácico, paciente no informa de su estado general por el déficit neurológico marcado, realiza apnea, y presenta cianosis de miembros superiores, con posterior insuficiencia respiratoria, se aumenta flujo de oxígeno, paciente en muy malas condiciones generales, insuficiencia cardiaca congestiva y anasarca asociada, febril, con disfunción multiorgánica. Hipotensión refractaria manejo con líquidos endovenosos, abundante, ...presenta finalmente deterioro respiratorio, y se sospecha infarto agudo de miocardio por las características, fallece a las 22:05 del 26/11/2012”*.

6. ANÁLISIS DE LOS ELEMENTOS DE RESPONSABILIDAD ESTATAL EN EL CASO CONCRETO

Decantados los parámetros jurisprudenciales actualmente imperantes y que resultan aplicables para resolver los problemas jurídicos, el despacho procederá a analizar los elementos de responsabilidad en el caso concreto, bajo la óptica de la falla del servicio probada.

6.1. Del daño causado

El Consejo de Estado ha definido el daño antijurídico como *“la lesión de un interés legítimo, patrimonial o extrapatrimonial, que la víctima no está en la obligación de soportar, que no está justificado por la ley o el derecho”*, en otros términos, aquel que se produce a pesar de que *“el ordenamiento jurídico no le ha impuesto a la víctima el deber de soportarlo, es decir, que el daño carece de causales de justificación”*⁶.

También ha indicado que dicho daño tiene como características *que sea cierto, presente o futuro, determinado o determinable⁷, anormal⁸ y que se trate de una situación jurídicamente protegida⁹*.

A su vez, la jurisprudencia constitucional considera *que el daño antijurídico se encuadra en los “principios consagrados en la Constitución, tales como la solidaridad (Art. 1º) y la igualdad (Art. 13), y en la garantía integral del patrimonio de los ciudadanos, prevista*

⁶ Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Subsección C. Consejero Ponente: Jaime Orlando Santofimio Gamboa. Bogotá, D.C., nueve (9) de mayo de dos mil doce (2012). Radicación número: 68001-23-15-000-1997-03572-01(22366).

⁷ Sección Tercera, sentencia de 19 de mayo de 2005, expediente 2001-01541 AG.

⁸ “por haber excedido los inconvenientes inherentes al funcionamiento del servicio”. Sección Tercera, sentencia de 14 de septiembre de 2000, expediente 12166.

⁹ Sección Tercera, sentencia de 2 de junio de 2005, expediente 1999-02382 AG.

por los artículos 2º y 58 de la Constitución”¹⁰.

En la demanda se hace consistir el daño, en la muerte de la señora María Evelia González Palomá, ocurrido el 26 de noviembre de 2012, acompañándose del respectivo registro civil de defunción.

Baste lo anterior para concluir que el daño como primer elemento de responsabilidad, se encuentra acreditado.

6.2. De la imputación -Falla del servicio

Probada la existencia del daño, es necesario realizar el correspondiente juicio de imputación para saber si, como se afirma en la demanda, el fallecimiento de la señora María Evelia González Palomá fue consecuencia de una falla en la prestación del servicio médico a cargo de Clínica Sharon y UCI Tolima I.P.S. Hospital Santa Lucía de Cajamarca E.S.E., y asegurado por Caprecom y Comfenalco EPS.

De manera particular, la falla se hace consistir en que hubo demora en el diagnóstico dado a la señora María Evelia González Palomá (q.e.p.d.) en el Hospital Santa Lucía de Cajamarca E.S.E. así como su remisión a un centro asistencial de mayor complejidad; que hubo una irregular valoración efectuada en la Clínica Sharon y UCI Tolima, donde se decidió atender inicialmente la hipertensión dejando de lado las complicaciones neurológicas de la paciente, lo cual imposibilitó la prestación de un tratamiento integral por neurología y neurocirugía, el cual aduce era urgente, prioritario y concomitante con la hipertensión; que hubo demora por parte de las EPS-S en la autorización de los servicios y/o tratamientos ordenados por los médicos tratantes, todo lo cual según la parte accionante, desencadenó en el fallecimiento de la señora María Evelia González Palomá (q.e.p.d.) el 26 de noviembre de 2012.

Para resolver, es del caso analizar en detalle y de forma cronológica las historias clínicas que dan cuenta de la atención y tratamiento brindado a la señora María Evelia González Palomá (q.e.p.d.) desde su arribo al Hospital Santa Lucía de Cajamarca E.S.E. y hasta el momento de su remisión y posterior dada de alta de la IPS Clínica Sharon y UCI Tolima, así como su posterior reingreso al Hospital Santa Lucía de Cajamarca E.S.E. hasta su desafortunado desenlace.

Del análisis conjunto de la historia clínica y la prueba pericial practicada encuentra el Despacho que efectivamente la señora María Evelia González Palomá (q.e.p.d.), ingresó a la Clínica Sharon y UCI Tolima el 16 de septiembre de 2012, remitida del Hospital Nivel I de atención de Cajamarca por cuadro de **1 día** de evolución de alteración del estado de conciencia, tendencia a la somnolencia, documentando cifras tensionales elevadas; recibiendo valoración inicial por dicha IPS diagnosticando: Emergencia Hipertensiva Órgano Blanco a cerebro, señalando que

¹⁰ Corte Constitucional, sentencia C-333 de 1996; C-832 de 2001. Cabe afirmar, que en la doctrina del derecho civil se advierte que “la antijuridicidad del daño no se produce porque exista violación de deberes jurídicos”, definiéndose como “violación de una norma especial o de la más genérica *alterum non laedere*”. DíEZ-PICAZO, Luis. Fundamentos del derecho civil patrimonial. La responsabilidad civil extracontractual., ob., cit., p.298.

se iniciaba tratamiento en UCI con infusión de Nitroprusiato Dosis respuesta y se solicitó tomografía cerebral por posible Encefalopatía hipertensiva.

El 19 de septiembre a las 12:23 se analizó el reporte del TAC cerebral, indicándose la existencia de una hemorragia intracerebelosa izquierda, con extensión al sistema ventricular, cambios de leucoencefalopatía de pequeño vaso de etiología hipertensiva, arterioesclerótica o isquémica.

En este punto resalta el Despacho que conforme lo registrado en la historia clínica, el médico internista de la UCI evaluó el caso con el especialista en Neurocirugía Dr. Ñañez, indicando que **se debía remitir el caso a Neurocirugía para posible ventriculostomía** (ver fol. 65-66 expediente físico), por ende, la remisión a Neurocirugía no era para la práctica inmediata de tal intervención quirúrgica, sino para que se definiera la necesidad o no de la realización de la misma.

En días posteriores continuó suministrándose a la paciente tratamiento para sus patologías en la UCI de la Clínica Sharon y UCI Tolima sin registrarse complicaciones inmediatas aparentes, ni cambios neurológicos y se practicó un segundo TAC de control el 25 de septiembre, mientras se adelantaban trámites administrativos para la remisión a neurocirugía, registrándose la imposibilidad de ubicar a la paciente en otra IPS para manejo en UCI y Neurocirugía; de esto último se desprende que la no remisión a dicha especialidad hasta ese momento no se debió a falta de autorización por parte de la EPS, sino a la imposibilidad material de ubicar a la paciente en otra IPC con las necesidades clínicas requeridas.

Ahora bien, el 26 de septiembre la señora María Evelia González Palomá (q.e.p.d.) fue valorada nuevamente por los médicos especialistas en Medicina Interna y en Neurocirugía, indicando el médico Neurocirujano Dr. Hernán Ñañez a las 17:34 horas: ***“Paciente con cuadro clínico de 1 semana de evolución de alteración del estado de consciencia se mantiene estable clínicamente desde su ingreso ...despierta, se relaciona con el medio moviliza las 4 extremidades no tiene signos de hte parálisis facial y ptosis palpebral residual no signos meníngeos SV estables Tac de cráneo de control muestra hemorragia cerebelosa en resolución con IV ventrículo abierto, sin hidrocefalia.... Plan. Continuar manejo en UCI”*** (ver fol. 79-80 expediente físico).

Por su parte, el especialista en Medicina Interna Dr. Roberto Moreno Martínez registró a las 17:44 la evolución de la paciente: ***“Evolución hacia la estabilización, revalorada en la fecha por Neurocirugía quien considera, reabsorción del sangrado, liberación de extensión ventricular, no desarrollo de Hidrocefalia por lo cual se cancela remisión para manejo quirúrgico, continuar programa de rehabilitación, se brinda información a familiares, sobre estado actual, plan de manejo y pronóstico del paciente”*** (ver fol. 80 expediente físico).

De acuerdo con el dictamen pericial practicado, las valoraciones y tratamientos realizados por médicos tratantes a la señora María Evelia González Palomá (q.e.p.d.), no solo en el Hospital Santa Lucía de Cajamarca, sino en la Clínica Sharon y UCI Tolima LTDA fueron los adecuados para atender sus patologías, y en todo caso resalta el Despacho que la referida IPS dispuso la totalidad de su capacidad médico asistencial para atender las patologías de base de la paciente.

Es evidente al observar la respectiva historia clínica, que según lo ordenado por el médico tratante, la remisión a la especialidad de neurocirugía era para la valoración de una posible ventriculostomía. A partir de lo encontrado por el Neurocirujano Dr. Hernán Nãñez en el TAC cerebral que se le realizó a la paciente, fue el mismo especialista en Neurocirugía quien determinó el 26 de septiembre que la hemorragia cerebelosa presentaba resolución, esto es, que hubo una reabsorción del sangrado, liberación de extensión ventricular y no se desarrolló una hidrocefalia, por lo que se hacía innecesaria la práctica de la ventriculostomía para ese momento, motivo por el cual el especialista en Neurocirugía dispuso como plan de tratamiento, continuar el manejo de la paciente en UCI, cancelándose la remisión para el referido manejo quirúrgico.

De lo anterior se desprende que la atención brindada a la señora María Evelia González Palomá (q.e.p.d.) por parte de la Clínica Sharon y UCI Tolima fue inmediata y oportuna, brindándole todo el tiempo el acompañamiento de médico internista, y si bien no se materializó el traslado a neurocirugía ordenado el 19 de septiembre de 2012, la paciente sí fue atendida por dicho especialista en la UCI de tal IPS y se le brindó el tratamiento adecuado para su patología, siendo finalmente el mismo neurocirujano el que determinó el 26 de septiembre de 2012, esto es 6 días después, que ya se habían superado las condiciones que podrían hacer necesaria una ventriculostomía y que por tanto se podía continuar con el tratamiento en UCI, tratamiento que generó una evolución positiva en la paciente frente a la hemorragia intracerebelosa izquierda con extensión al sistema ventricular, por lo que el 27 de septiembre continuó manejo en piso.

Si bien el 30 de septiembre se presentó un llamado de enfermería, este obedeció a una patología distinta a la hemorragia intracerebelosa, toda vez que la paciente presentó dificultad respiratoria, por lo que debió ser ingresada nuevamente a UCI por posible neumonía aspirativa, ocasión esta en la que igualmente se le brindó el tratamiento oportuno y adecuado a la señora María Evelia González Palomá (q.e.p.d.) para esta y todas sus demás patologías, a tal punto que el 4 de octubre de 2012 se estableció que la insuficiencia respiratoria aguda se encontraba resuelta luego de practicarse gastrostomía y traqueostomía el día anterior, empero continuado con soporte ventilatorio mecánico, presentando en días posteriores una evolución lenta hacia la mejoría, siendo ingresada a piso de medicina interna el 9 de octubre de 2012 sin requerimiento de reconexión a ventilación mecánica, continuando desde allí evolución favorable, dándose inicio a los trámites administrativos con la EPS para obtener succionador, oxígeno domiciliario y traslado a su domicilio en ambulancia básica con disponibilidad de oxígeno para cuando se le diera egreso.

Observa el Despacho que el 27 de octubre de 2012, la señora María Evelia González Palomá (q.e.p.d.) continuaba hospitalizada en ajuste de tratamiento de sus patologías, sin signos de dificultad respiratoria ni deterioro neurológico, siendo finalmente dada de alta el 8 de noviembre de 2012 en compañía de un familiar, pese a la oposición del esposo de la paciente, el cual manifestó su negativa a que la paciente fuese dada de alta, pero porque no se le había avisado con tiempo y de todos modos se indica, esto no sería razón para desaprobare el criterio médico que dispuso el alta, ante la mejoría de la paciente.

La paciente fue dada de alta de la Clínica Sharon y UCI Tolima en buenas condiciones generales, con escara en región sacra en buen proceso de cicatrización, estable y sin ninguna complicación, entre otras observaciones. No obstante, el 20 de noviembre de 2012 cuando fue ingresada al Hospital Santa Lucía de Cajamarca a Consulta por cuadro de dolor intenso en la región sacroilíaca, a su ingreso se encontró a la paciente en muy mala interacción con el medio, deshidratada, hipotensa, **mal estado general, pobre pronóstico vital a corto plazo, con ulcera sobre infectada por lo que se inicia manejo antibiótico**; así mismo, durante esta instancia hospitalaria se documentaron problemas que **comprometía el adecuado cuidado de la paciente**, tales como, **la ulcera sacra por decúbito sobreinfectada, Paciente con alimentación por gastroclisis con inadecuado patrón nutricional**, esto es, **en estado de desnutrición**.

Finalmente, la paciente presentó muy malas condiciones generales, insuficiencia cardiaca congestiva y anasarca asociada, febril, con disfunción multiorgánica. Hipotensión refractaria manejo con líquidos endovenosos, abundante, presentando finalmente deterioro respiratorio e infarto agudo de miocardio, falleciendo a las 22:05 horas del 26 de noviembre de 2012.

De tales anotaciones se observa el actuar diligente de los equipos médicos de la Clínica Sharon y UCI Tolima y del Hospital Santa Lucía de Cajamarca E.S.E., en procura de brindar el mejor y más oportuno tratamiento que requirió la señora María Evelia González Palomá (q.e.p.d.), desde su atención inicial el 15 de septiembre de 2012 hasta su lamentable deceso el 26 de noviembre de dicha anualidad.

A partir del análisis en conjunto de las historias clínicas y con apoyo en el dictamen pericial, concluye el Despacho **primero:** que la remisión desde el Hospital Santa Lucía de Cajamarca E.S.E, se dio al día siguiente de haber sido atendida la paciente por urgencias; **segundo:** que la señora María Evelia González Palomá (q.e.p.d.) sí fue atendida por la especialidad de Neurocirugía en la Clínica Sharon y UCI Tolima; **tercero:** que la ventriculostomía no resultó necesaria, precisamente por la evolución favorable evidenciada con la práctica de un segundo un TAC cerebral con el que se determinó la reabsorción de la hemorragia cerebelosa y porque no se generó o presentó hidrocefalia, lo que llevó a que se continuara el manejo de la paciente en UCI y se cancelara la remisión para manejo quirúrgico; **cuarto:** Que el tratamiento suministrado a la paciente por el equipo interdisciplinario de la Clínica Clínica Sharon y UCI Tolima fue el acertado a tal punto que las patologías por las que fue remitida a dicha IPS, esto es la Emergencia Hipertensiva de órgano blanco cerebro y la Hemorragia cerebelosa, así como la Neumonía aspirativa que presentó estando internada, fueron tratadas de forma oportuna y diligente por el cuerpo médico hasta el momento en que fue dada de alta el 8 de noviembre de 2012; y **quinto:** Que ningún servicio o procedimiento necesitado por la paciente, fue negado o dilatado por las EPS a las que se encontraba afiliada durante los meses de septiembre a diciembre de 2012.

Por ende, las afirmaciones que hicieron los demandantes en cuanto a que hubo demora en la remisión de la paciente desde el Hospital de Cajamarca, que no fue atendida oportunamente por la especialidad de neurocirugía y que la EPS no autorizó los servicios o procedimientos médicos ordenados, fueron desvirtuadas.

Respecto a que si la intervención quirúrgica de ventriculostomía se le hubiere realizado el 19 de septiembre de 2012, hubiese tenido un desenlace distinto al acaecido, no se arrió prueba que corroborara lo dicho, pues en el informe pericial y la sustentación del mismo dado por la Directora Seccional del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - Unidad Básica Ibagué, al ser preguntada sobre si la paciente pudo haber tenido la posibilidad de disminuir las secuelas neurológicas o haber tenido una mejor recuperación, si se hubiesen acatado las indicaciones del Neurocirujano, la perito respondió que: *“Dicho interrogante debe ser absuelto por especialista en neurocirugía, que por su especialidad especificará la pertinencia de conducta quirúrgica en este caso y pronóstico de la paciente”*.

Cabe destacar que previo a rendirse el informe pericial por parte del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, esa entidad informó que dentro de su plantilla no contaba con especialista en Neurocirugía, situación que se puso en conocimiento de la parte actora, insistiendo esta en la práctica de la prueba pericial a través de dicho instituto. Una vez sustentado el informe pericial, se le brindó una nueva oportunidad a la parte actora para conseguir un perito especialista en Neurocirugía que absolviera este punto específico de la peritación. Ante tal requerimiento del Juzgado, informó la parte actora no estar dispuesta ni en condición de asumir los costos de la pericia, lo que se tradujo en que incumplió la carga probatoria respecto de esta imputación que era el eje central del reproche de responsabilidad en contra de las accionadas.

7. CONCLUSIÓN JURÍDICA

No es posible perder de vista que la prestación del servicio médico por su naturaleza se encuentra revestido de cierto grado de incertidumbre por cuanto se trata de una actividad a la cual no se le puede exigir un resultado específico sino una labor bien realizada por parte del equipo médico, que en este caso no fue desvirtuada a través de las pruebas practicadas.

La parte demandante no demostró que la muerte de la señora María Evelia González Palomá (q.e.p.d.), hubiere tenido origen en las decisiones médicas y en las atenciones que le fueron brindadas desde que consultó por urgencias el día 15 de septiembre de 2012. Al contrario, se advierte que cuando fue dada de alta el 8 de noviembre de 2012, para ese momento se habían resuelto en forma favorable las patologías por las que había sido remitida desde Cajamarca a la ciudad de Ibagué.

En este contexto, esta instancia judicial advierte que la imputación del hecho dañino concebida en la demanda es huérfana de prueba pertinente y conducente que la acredite, ya que científicamente no existe medio de prueba en el proceso que fundamente la hipótesis expuesta por la parte actora, esto es, que ciertamente hubo una falla médica que determinó la muerte de la señora María Evelia González Palomá ocurrida el 26 de noviembre de 2012, lo que impone denegar las pretensiones de la demanda.

Finalmente, como la sentencia es denegatoria de las pretensiones, el Despacho se abstendrá de pronunciarse sobre el problema jurídico asociado, esto es sobre la

situación contractual que unió a la demandada Hospital Santa Lucía E.S.E. de Cajamarca con la llamada en garantía LA Previsora S.A. Compañía de Seguros

8. COSTAS

El artículo 188 del C.P.A.C.A. señala:

“Salvo en los procesos en que se ventile un interés público, la sentencia dispondrá sobre la condena en costas, cuya liquidación y ejecución se regirán por las normas del Código de Procedimiento Civil.”

Al resultar denegatorias las pretensiones de la demanda y al no tratarse de un asunto en el que se ventile un interés público, es menester proveer sobre la correspondiente condena en costas a favor de la parte accionada, ateniendo el criterio objetivo valorativo expuesto por el Consejo de Estado en sentencia calendada el 26 de julio de 2018¹¹, verificando en consecuencia que las entidades demandadas desplegaron actividades en pro de su defensa con la contestación de la demanda, asistencia de sus apoderados a las audiencias inicial y de pruebas y la presentación de alegatos de conclusión escritos, razón por la cual se fijará la suma de \$1.000.000, por concepto de agencias en derecho a favor de las accionadas en partes iguales, y se ordena que por Secretaría se realice la correspondiente liquidación de los gastos procesales en los términos del artículo 366 del Código General del Proceso.

En mérito de lo expuesto el **Juzgado Tercero Administrativo Oral del Circuito de Ibagué**, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley,

RESUELVE:

PRIMERO: DENEGAR las pretensiones de la demanda promovida **Luz Dary Bohórquez González** en nombre propio y en representación de su menor hija **Luisa Fernanda Muñoz Bohórquez**; **María Gloria Bohórquez González** igualmente en nombre propio y en representación de su menor hijo **Luis Eduardo Bohórquez González**; **Ana Maritza Bohórquez González** en nombre propio y en representación de sus menores hijos **Natalia Martínez Bohórquez** y **Omar Julián Martínez Bohórquez**; **José Isidoro Bohórquez González**, **Flor Alba Bohórquez González** en nombre propio y en representación de sus menores hijos **Alejandro Alfonso Bohórquez** y **Sharith Yuliana Alfonso Bohórquez**; y **Jesús Antonio Franco Bohórquez**, actuando por intermedio de apoderado judicial, contra el **Hospital Santa Lucía E.S.E. de Cajamarca**, **Caprecom EPS-S**, **Comfenalco EPS-S**, **Clínica Sharon** y **UCI Tolima**, conforme lo indicado en parte considerativa de este proveído.

SEGUNDO: CONDENAR en costas de esta instancia a la parte accionante. Tásense, tomando en cuenta como agencias en derecho la suma de UN MILLÓN

¹¹ Consejo de Estado, Sección Segunda, Subsección A, William Hernández Gómez, radicación No. 73001-23-33-000-2013-00661-01(4689-14).

DE PESOS (\$1.000.000) a favor de las entidades demandadas en partes iguales.
Liquídense por Secretaría.

TERCERO: Ejecutoriada la presente sentencia, archívese el expediente, previa las anotaciones de rigor.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE



DIANA CAROLINA MÉNDEZ BERNAL
Jueza

Firmado Por:

Diana Carolina Mendez Bernal
Juez Circuito
Juzgado Administrativo
Oral 3
Ibague - Tolima

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: **cfb65d94dd27a8b4d5c8d8b51c41f514b038afc809ce1f09c93ba161d260c672**

Documento generado en 04/04/2022 06:58:40 AM

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