



Rama Judicial

República de Colombia

JUZGADO CUARTO ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO DE IBAGUÉ

Ibagué, veintiocho (28) de septiembre de dos mil veintidós (2022)

RADICADO N.º: 73001-33-33-004-2016-00332-00
MEDIO DE CONTROL: REPARACIÓN DIRECTA
DEMANDANTE: OLGA MARGOTH LEON BETANCOURTH Y OTROS
DEMANDADO: HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE y OTROS
Tema: Falla médica

SENTENCIA

Procede el Despacho a dictar sentencia dentro del presente medio de control de **REPARACIÓN DIRECTA** promovido por los señores OLGA MARGOTH LEON BETANCOURTH, NIDIA EDITH LEON BETANCOURTH, WILSON ALBERTO LEON BETANCOURT, PEDRO PABLO LEON LOPEZ, SIMON LEON GONZALEZ, JOSE ANTONIO LEON LOPEZ, RODOLFO LEON LOPEZ, NELSON GERMAN CUTIVA, quien actúa en nombre propio y en representación de su menor hija LEIDY YURANNY CUTIVA LEON; MARIA EDITH BETANCOURT GARCIA, quien actúa en nombre propio y en representación de su nieta, menor de edad CAMILA ANDREA LEON BETANCOURT y PEDRO PABLO LEON RICO (q.e.p.d.) en contra del HOSPITAL SAN FRANCISCO E.S.E. DE IBAGUE hoy UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE -USI E.S.E-, HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA E.S.E. DE IBAGUE y SALUDVIDA EPS.

CUESTIÓN PREVIA

Advierte el Despacho que a folio 029 del expediente digitalizado – cuaderno principal, obra copia del registro civil de defunción del accionante, señor PEDRO PABLO LEÓN RICO, quien expiró el pasado 02 de marzo del año 2020, siendo entonces procedente entrar a definir la sucesión procesal presentada.

En relación con la sucesión procesal el artículo 68 del C.G.P. expresa:



“Artículo 68. Sucesión procesal. Fallecido un litigante o declarado ausente o en interdicción, el proceso continuará con el cónyuge, el albacea con tenencia de bienes, los herederos o el correspondiente curador.

Si en el curso del proceso sobreviene la extinción, fusión o escisión de alguna persona jurídica que figure como parte, los sucesores en el derecho debatido podrán comparecer para que se les reconozca tal carácter. En todo caso la sentencia producirá efectos respecto de ellos, aunque no concurran.

El adquirente a cualquier título de la cosa o del derecho litigioso podrá intervenir como litisconsorte del anterior titular. También podrá sustituirlo en el proceso, siempre que la parte contraria lo acepte expresamente.”

A su turno el artículo 70 subsiguiente, establece:

“Artículo 70. Irreversibilidad del proceso. Los intervinientes y sucesores de que trata este código tomarán el proceso en el estado en que se halle en el momento de su intervención.”

En el presente asunto es ineludible indicar que estamos bajo la figura de sucesión procesal por muerte de uno de los demandantes.

Ahora, para efectos de dar aplicación a la sucesión procesal en casos como el presente, se requiere la acreditación, mediante los medios probatorios idóneos, del acaecimiento de la muerte, así como de la condición de herederos o sucesores de quien era parte en el respectivo juicio.

En el presente caso se encuentra acreditado con el respectivo registro civil de defunción, el fallecimiento del señor PEDRO PABLO LEÓN RICO (q.e.p.d.) (Fol. 29 – Cuaderno principal del expediente digitalizado), así como también, la relación de parentesco entre la causante y los demás demandantes, a través de los registros civiles de nacimiento aportados con la demanda, vistos a folios 15 y ss del cuaderno principal tomo I, del expediente digitalizado.

Así las cosas, teniendo en cuenta que tal y como lo ha decantado la Sección Tercera del Consejo de Estado de tiempo atrás, el derecho a la reparación de los perjuicios ocasionados en vida a una persona se considera como un elemento integrante del patrimonio herencial, de ahí que su asignación solo pueda hacerse a través del respectivo juicio de sucesión¹, con base en la prueba documental relacionada anteriormente, se tendrá a los demás integrantes del extremo demandante como

¹ CONSEJO DE ESTADO. SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO. SECCIÓN TERCERA. SUBSECCIÓN A. Consejera ponente: MARTA NUBIA VELÁSQUEZ RICO, veintitrés (23) de enero de dos mil dieciocho (2018), radicación número: 05001-23-31-000-2009-00821-02(57763)A



herederos determinados y sucesores procesales en este asunto del señor PEDRO PABLO LEÓN RICO (q.e.p.d.), además de los herederos indeterminados que ostenten esa calidad.

1. Pretensiones²

1.1. Pretensiones Principales

- Que se declare que los entes accionados son solidaria y administrativamente responsables de los perjuicios causados a los demandantes, por la falla del servicio médico en que incurrieron y que ocasionó la muerte de la señora MARYORI LEON BETANCOURT (q.e.p.d.)
- Que como consecuencia de lo anterior, se condene a los entes demandados a pagar en favor de las demandantes los perjuicios materiales e inmateriales causados.

1.2. Pretensiones Subsidiarias

- Que se declare que los entes accionados son solidaria y administrativamente responsables de los perjuicios causados a los demandantes, por la pérdida de oportunidad de vivir ocasionada con la muerte de la señora MARYORI LEON BETANCOURT (q.e.p.d.)
- Que como consecuencia de lo anterior, se condene a los entes demandados a pagar en favor de las demandantes los perjuicios materiales e inmateriales causados.

2. Hechos³

Se tienen como hechos relevantes de la demanda los siguientes:

- 1.- Que la señora MARYORI LEON BETANCOURT (q.e.p.d.), el 6 de agosto de 2015, a las 10 de la mañana aproximadamente, ingresó al servicio de urgencias del Hospital San Francisco de Ibagué, presentando un cuadro de dos meses de dolor en hombro izquierdo, encontrándose para ese momento afiliada al Sistema de Seguridad Social en Salud ante SALUD VIDA EPS en el régimen subsidiado.

² Fls. 165 y ss del Cuad. Ppal. 1

³ Ibidem



2.- Que el 27 de agosto de 2015, aproximadamente a las 9 de la mañana, la señora MARYORI LEON BETANCOURT (q.e.p.d.), ingresó al servicio de urgencias del Hospital San Francisco de Ibagué, consignándose como motivo de consulta: cuadro de dos meses de dolor en el hombro y antebrazo izquierdo y, dolor en el hemiabdomen, siendo diagnosticada así: dolor abdominal localizado en parte superior. Para ese momento, se le solicita una ultrasonografía de abdomen total, siendo dada de alta.

3.- Que el día 28 de agosto de 2015, en horas de la mañana, la señora MARYORI LEON BETANCOURT (q.e.p.d) consulta nuevamente el servicio de urgencias del Hospital San Francisco E.S.E, refiriendo la persistencia del dolor en el hombro y en el abdomen, a lo cual se suma un episodio de vómito, para lo cual, le fue suministrada una ampolleta de diclofenaco y le fue dada el alta.

4.- Que el día 29 de agosto del mismo año, a las 2 de la mañana aproximadamente, la señora MARYORI LEON BETANCOURT (q.e.p.d.) ingresó nuevamente al servicio de urgencias del Hospital San Francisco E.S.E de Ibagué, consignándose como motivo de reconsulta la persistencia del dolor abdominal, más debilidad. Ese mismo día, se le practica un examen denominado uroanálisis con sedimento y densidad urinaria, luego de lo cual la paciente es diagnosticada con infección de vías urinarias, dándosele el alta aproximadamente a las 8:00 p.m., con manejo de antibiótico y dolor, por 7 días.

5.- Que durante el tiempo que la señora MARYORI LEON BETANCOURT (q.e.p.d) consultó el servicio de urgencias del Hospital San Francisco E.S.E, se consignó en varias ocasiones que la misma presentaba deshidratación, pese a lo cual, la parte accionante afirma que no se tomaron las medidas respectivas para tratar dicha sintomatología en la mentada institución.

6.- Que el 30 de agosto de 2015 a las 00:31 horas, la paciente fue atendida en el Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E de la ciudad, advirtiéndose que la misma presentaba además de mareo, sudoración, astenia y adinamia, un cuadro de deshidratación, motivo por el cual fue dejada en observación con líquidos endovenosos.

7.- Que pese a que para el 31 de agosto de 2015, se consignó en la historia clínica de la señora LEON BETANCOURT (q.e.p.d), que la misma ya se encontraba



hidratada, se le continuó suministrando líquido endovenoso hasta el día siguiente a las 7:30 a.m. aproximadamente, cuando luego de ser valorada por medicina interna, se emite como diagnóstico de insuficiencia respiratoria tipo II secundario a sobrecarga hídrica (edema pulmonar importante).

8.- Que el 1º de septiembre de 2015 a las 16:00 horas y luego de serle tomada un rx de tórax, se diagnosticó que la señora LEON BETANCOURT (q.e.p.d.) presentaba un derrame pleural en campo pulmonar derecho, que comprometía aproximadamente el 60% del campo pulmonar y se señala que se estaba pendiente de una interconsulta por UCI, debido a un alto riesgo de apnea.

9.- Que pese a lo anterior, la paciente no fue trasladada a UCI puesto que según se consignó en la historia clínica no había disponibilidad de camas.

10.- Que el 1º de septiembre de 2015 a las 22:55 horas se indicó como plan de manejo para la paciente, intubación orotraqueal, debido a la insuficiencia respiratoria que estaba presentando y a las 23:30 horas de ese mismo día, se inicia reanimación cardio pulmonar, declarando el fallecimiento de la señora MARYORI LEON BETANCOURT (q.e.p.d.) a las 23:55 horas de ese día.

3. Contestación de la Demanda.

3.1. Hospital San Francisco E.S.E de Ibagué⁴

El apoderado de la Entidad demandada indicó que en su mayoría los hechos de la demanda no eran ciertos o no le constaban; frente a las pretensiones, aseveró que se oponía a todas y cada una de ellas en relación con la entidad que representa, debido a la carencia de fundamentos fácticos y jurídicos de las mismas.

Formuló las excepciones que denominó: a) Ausencia de actuar culposo o doloso del Hospital San Francisco de Ibagué; b) Ausencia de nexo causal o imputabilidad al actuar del Hospital San Francisco de Ibagué y, c) la genérica.

Argumentó principalmente que la actividad médica desplegada por la entidad que representa, se ajustó a la *lex artis*, toda vez que según señala, se encuentra demostrado que durante el tiempo que la paciente recibió atención por parte del Hospital San Francisco E.S.E, no presentó síntomas de deshidratación, razón por la

⁴ Fls. 215 y ss del Cuad. PPal. 2



cual, el daño cuya reparación se pretende y que se encuentra relacionado con dicha sintomatología, no le resulta imputable.

3.2. Salud Vida EPS⁵

La apoderada de esta entidad manifestó que se opone a todas y cada una de las pretensiones de la demanda, y frente a los hechos, expresó que algunos no le constaban, otros eran ciertos y el resto no.

Seguidamente expresó, que no puede serle atribuida ningún tipo de responsabilidad en este asunto, toda vez que la entidad que representa cumplió con los requisitos de aseguramiento, contratando a las IPS Hospital San Francisco E.S.E y Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E para la prestación de los servicios médicos que en su momento, requirió la señora LEON BETANCOURT (Q.E.P.D).

Formuló las excepciones que denominó: a) Inexistencia de responsabilidad por parte de SALUDVIDA EPS; b) Inexistencia de solidaridad; c) Inexistencia de cumplimiento de los deberes contractuales por parte de SALUD VIDA EPS; d) Cumplimiento diligente y oportuno por parte de SALUD VIDA EPS de las obligaciones de afiliación de la señora MARYORI LEON BETANCOURT (Q.E.P.D.), al garantizar el acceso a la red de servicios contratada para prestarle los servicios de salud; e) Criterio médico, autonomía profesional; f) Inexistencia de los elementos de responsabilidad que configuren falla del servicio y g) Inexistencia de responsabilidad por parte de SALUD VIDA EPS.

3.3. Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E. de Ibagué⁶

Mediante apoderada indicó que se oponía a las pretensiones de la demanda, señalando que la atención médica brindada a la hoy occisa, fue prestada con diligencia, calidad y oportunidad, cumpliendo con los postulados del dogma médico y los protocolos institucionales, pero que, desafortunadamente la patología que aquejaba a la misma evolucionó muy rápido, generando un compromiso multiorgánico que conllevó al rápido deterioro de su salud, ocasionando su muerte.

⁵ Fls. 232 y ss del Cuad. Ppal.2

⁶ Fls. 275 y ss del Cuad. Ppal. 2



Para enervar la prosperidad de las pretensiones formuló las siguientes excepciones: a) Ausencia del de nexos de causalidad y b) Ausencia de culpa profesional y la genérica.

El Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E de la ciudad, Llamó en Garantía a la doctora ZULLY ADRIANA CHAPARRO QUINTERO, el cual fue denegado mediante auto del 8 de septiembre de 2017.

Igualmente, la mentada entidad hospitalaria formuló llamamiento en garantía respecto de La PREVISORA S.A. Compañía de Seguros, el cual fue admitido mediante auto del 17 de octubre de 2017.

3.4. Llamada en Garantía LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS⁷

A través de su apoderado contestó la demanda y el llamamiento en garantía. Frente a los hechos de la demanda manifestó que ninguno le consta y respecto de las pretensiones sostuvo que son improcedentes debido a que no hay material probatorio que las sustente.

Como excepciones formuló las que denominó: a) Inexistencia de los elementos estructurales de la responsabilidad; b) Inexistencia del daño; c) Inexistencia de mala atención médica o mala praxis médica; d) Inexistencia y falta de acreditación de la obligación que pretende se indemnice; e) Inexistencia de la obligación de indemnizar; f) Póliza *claims made*; g) Improcedencia de pagos por no cobertura de la póliza 1003838; h) Inexistencia de cobertura; i) Inexistencia de la cobertura-presunto acto médico ocurrido antes de la vigencia de la póliza de seguro 1003838 y j) La obligación que se endilgue a la sociedad ha de ser en virtud de la existencia de un contrato de seguros y conforme a lo establecido en la póliza 1003838.

4. Actuación Procesal.

Presentado el proceso ante la Oficina Judicial, correspondió por reparto a este Despacho, el cual, con providencia de fecha 6 de febrero de 2017⁸, ordenó la admisión de la demanda.

⁷ Fls. 489 y ss del Cuad. Ppal. 3

⁸ Fls. 196 y ss del Cuad. Ppal. 1



Notificadas las partes, el Ministerio Público y la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado, dentro del término de traslado de la demanda, las Entidades demandadas y la llamada en garantía contestaron la demanda y allegaron las pruebas que pretenden hacer valer.

Mediante providencia del 11 de septiembre de 2018 se fijó fecha para llevar a cabo la audiencia inicial de que trata el artículo 180 del C.P.A.C.A., diligencia que se llevó a cabo el 22 de enero de 2019⁹, agotándose en ella la totalidad de sus instancias en legal forma y por ser necesaria la práctica de pruebas se fijó fecha y hora para la audiencia respectiva, la cual se adelantó el 19 de octubre de 2020¹⁰ y dentro de la cual se ordenó a las partes presentar por escrito sus alegatos de conclusión dentro de los diez (10) días siguientes¹¹.

5. Alegatos de las Partes.

5.1. Parte Demandante¹²

Luego de efectuar un recuento de los supuestos fácticos que a juicio de la parte demandante se encuentran acreditados con los medios probatorios aquí recaudados, su apoderado sostuvo que, al interior del expediente está plenamente demostrada de un lado, la falla del servicio en que incurrió el HOSPITAL SAN FRANCISCO E.S.E. (HOY UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE), consistente en que nunca adoptó las medidas necesarias para prevenir la deshidratación de la paciente y hoy fallecida, así como tampoco, le dio la recomendación de hidratarse en casa; y de otro lado, la falla en la prestación del servicio de salud en que incurrió el HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA, al iniciar una hidratación endovenosa ininterrumpida, descontrolada, rápida, exagerada y excesiva, que generó en la paciente una sobrecarga hídrica que le ocasionó un edema agudo de pulmón, respecto del cual, no inició ningún tratamiento, desconociendo por demás, que en esos casos resulta imprescindible el traslado a una UCI.

Por lo anterior, solicitó el proferimiento de un fallo condenatorio, puesto que en este asunto concluye, fueron debidamente acreditados los supuestos que estructuran la

⁹ Fls. 525 y ss del Cuad. Ppal. 3

¹⁰ No. 27 del CuaP. Ppal - Exp. Digital

¹¹ Ibidem

¹² No. 31 del Cuad. Ppal. - Exp. Digitalizado



responsabilidad del Estado, representado en este caso por los entes hospitalarios demandados.

5.2. Unidad de Salud de Ibagué¹³

A través de su apoderado arguye que en la demanda se acusa al Hospital San Francisco, hoy USI ESE, de falla del servicio en la atención que por urgencias se le brindó a la señora MARYORI LEÓN BETANCOURT (Q.E.P.D.), entre los días 6 de agosto de 2015 y 29 de agosto del mismo año, la cual a su juicio, no está demostrado, habida consideración que no se probó falla alguna del servicio, por acción o por omisión, en la atención brindada a la paciente; antes bien, afirma que se probó curia y esmero en la atención, a pesar de la existencia de cierta falta de colaboración de la paciente al no hacerse la ecografía abdominal que en tres oportunidades el médico de turno le pidió con insistencia para descartar, en su caso, la presencia de cálculos biliares.

A renglón seguido manifestó que incluso, después de fallecida la señora LEON BETANCOURT (Q.E.P.D.), no se logró determinar cuál era la infección que la afectaba, y que resultó en un cuadro general inflamatorio, pero que lo cierto es que ello aconteció con posterioridad a la atención brindada a la misma en el Hospital San Francisco E.S.E, encontrándose por demás plenamente acreditado que la misma no salió deshidratada de dicha institución.

Por tales razones concluye que no existe nexo de causalidad entre la muerte de la señora LEON BETANCOURT (Q.E.P.D.) y la atención médica que se le prestó en el H. San Francisco, motivo por el cual solicita el proferimiento de un fallo adverso a las pretensiones invocadas en el libelo genitor.

5.3. Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E de Ibagué¹⁴

Por intermedio de su apoderada, dicha entidad hospitalaria afirmó que el daño cuya reparación se pretende no fue causado con los servicios de salud brindados por el Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué – Tolima – ESE a través de sus médicos especialistas y demás profesionales de la salud que intervinieron en el caso de la señora LEON BETANCOURT (Q.E.P.D.), reseñando por el contrario, que su atención fue oportuna, diligente, humanizada, aplicándose todos los conocimientos científicos

¹³ No. 34 del Exp. Digitalizado

¹⁴ No. 037 del Cuad. Ppal. – Exp. Digitalizado



actualizados, cumpliendo así con las guías y protocolos de manejo institucionales y por consiguiente con la Lex Artis.

A renglón seguido manifestó que aunque los demandantes, a través de su apoderado judicial, afirman que la paciente sufrió una insuficiencia respiratoria aguda secundaria a un edema pulmonar producido por sobrecarga hídrica, lo cierto es que los mismos atribuyen erróneamente este hecho, según lo indica el apoderado, a que la paciente permaneciera con líquidos endovenosos a rata de 100cc/h, lo cual se erige en una dosis adecuada de líquidos de mantenimiento para una paciente de la edad y características clínicas que presentaba la señora LEON BETANCOURT (Q.E.P.D.), desconociendo la fisiología y la dinámica de los líquidos y electrolitos en el cuerpo humano, que comprometen básicamente el sistema renal, cardiaco y circulatorio, además de los complejos sistemas de regulación hormonal, humoral y metabólico que permiten el control y balance los líquidos en los diferentes espacios de la anatomía (espacio intracelular, espacio extracelular y espacio intravascular).

En relación con este asunto, expresó que la paciente, quien ingresó por cuadro infeccioso de origen urinario, de rápida progresión a un cuadro de SIRS (síndrome de respuesta inflamatoria sistémica), recibió manejo médico adecuado según la lex artis; que ello le ocasionó un estado inflamatorio generalizado, el cual por demás dio paso a un cuadro que comprometía la permeabilidad capilar y desencadena fuga de líquido al espacio alveolar, lo que configura un edema pulmonar y derrame pleural para lo cual, la señora LEON BETANCOURT (Q.E.P.D.) recibió tratamiento acorde a los protocolos vigentes que pretenden el mantener una saturación por encima del 93% hasta que requirió entubación orotraqueal.

De otra parte y en lo que se refiere a la imputación de responsabilidad que se efectúa al Hospital Federico Lleras Acosta de esta ciudad, por no haber remitido a la señora LEON BETANCOURT (Q.E.P.D.) a una UCI, adujo que ello fue imposible a pesar de la necesidad por falta de disponibilidad de camas, hallándose acreditado según las anotaciones registradas en la historia clínica de la misma, que se solicitó ingreso a la Unidad de Cuidado Intensivo (interconsulta), el día 1 de septiembre a las 16+00 horas y se encuentra anotación de no disponibilidad de camas de las dos unidades existentes en esa fecha en el Hospital demandado, debido al alto flujo de pacientes en estado crítico que se atienden en la entidad, por ser la única IPS pública de la ciudad que presta este servicio para pacientes de los regímenes subsidiado y contributivo, motivo por el cual se solicitó a su EPS-S la remisión de esta a otra entidad que contara con camas disponibles en UCI, lo cual tampoco se alcanzó a



Rama Judicial

República de Colombia

materializar, debido al rápido progreso que tuvo la enfermedad que aquejó a la hoy fallecida señora LEON BETANCOURT (Q.E.P.D.).

Efectuadas las anteriores argumentaciones, concluyó la apoderada del Hospital demandado, que no se estructuran en este caso, los elementos que permitan predicar la responsabilidad del mismo.

CONSIDERACIONES

1. Competencia.

Este Juzgado es competente para conocer y fallar el presente medio de control, por la naturaleza de éste, las entidades accionadas, la cuantía y por el factor territorial, según lo establecido en los artículos 104, 140, 155-6 y 156-6 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

2. Problema Jurídico.

En armonía con la fijación del litigio realizada en la audiencia inicial, debe el Despacho establecer si, *¿las demandadas son administrativa y extracontractualmente responsables por los perjuicios pecuniarios y no pecuniarios que se alegan han sufrido los demandantes, debido a una presunta falla del servicio en la atención médica brindada a la señora MARYORI LEON BETANCOURTH entre los días 6 de agosto y 1º de septiembre de 2015 y que conllevó finalmente a su muerte?*

Como problema jurídico asociado y en el evento de resultar prósperas las pretensiones demandatorias, deberá el Despacho determinar si el llamado en garantía debe responder por la condena y en que proporción.

3. Tesis Planteadas.

3.1. Tesis de la parte demandante.

La parte accionante afirma tener derecho a un fallo favorable a las pretensiones de la demanda, con fundamento en que se encuentra debidamente acreditada la responsabilidad del Estado bajo el título de imputación de falla en el servicio en que



incurrieron los Hospitales demandados tanto por acción como por omisión; de un lado, el HOSPITAL SAN FRANCISCO E.S.E. (HOY UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE), al haber omitido presuntamente adoptar las medidas necesarias para prevenir la deshidratación de la paciente y hoy fallecida señora MARYORI LEON BETANCOURT y de otro lado, el HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA, al realizar una hidratación endovenosa descontrolada y excesiva, que generó en la paciente una sobrecarga hídrica que a la postre la condujo a su muerte.

3.2. Tesis de la Unidad de Salud de Ibagué

Solicita la emisión de un fallo adverso a las pretensiones de la demanda, argumentando que al interior del expediente no se logró demostrar la falla del servicio que la parte demandante pretendía enrostrarle; por el contrario, sostiene que lo que sí se logró acreditar fue la adecuada y oportuna atención en salud brindada a la fallecida señora LEON BETANCOURT (Q.E.P.D.) durante su estancia en dicha institución.

3.3. Tesis del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué

Peticiona el proferimiento de un fallo nugatorio de las pretensiones de la demanda, con fundamento en que el daño cuya indemnización se pretende no le resulta imputable, toda vez que contrario a lo sostenido por el extremo actor, aparece debidamente acreditado que la atención brindada a la señora LEON BETANCOURT (Q.E.P.D.), fue oportuna, diligente, humanizada y ajustada a las guías y protocolos de manejo institucionales y por consiguiente con la Lex Artis.

3.4. Tesis del Despacho.

Conforme al material probatorio obrante en el expediente, la tesis que sostendrá el Despacho se circunscribe a afirmar que en el presente asunto, se negarán las pretensiones de la demanda, como quiera que no se probó que el daño cuya reparación se pretende, les resulte imputable a los entes demandados, bajo el entendido que no se encontraron configuradas las fallas en el servicio que se les pretendía endilgar a cada uno de ellos; por el contrario, lo que aparece acreditado es que el deceso de la señora MARYORI LEON BETANCOURT (Q.E.P.D) fue el resultado del deterioro progresivo, inminente y acelerado de su estado de salud, debido a un proceso infeccioso con el que cursaba, pese a haber recibido de forma diligente y oportuna la atención médica requerida.



4. Fundamentos de la Tesis del Despacho.

4.1. La responsabilidad patrimonial del Estado.

El artículo 90 de la Constitución Política de Colombia establece que el Estado debe responder patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas y 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 la actuación u omisión de la administración.

El **Daño Antijurídico** es entendido en la jurisprudencia Contencioso – Administrativa 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”*¹⁵.

De acuerdo a una debida interpretación del artículo 90 Constitucional, el H. Consejo de Estado¹⁶ ha enseñado, que la responsabilidad del Estado se origina, de un lado, cuando existe una lesión causada a la víctima que no tiene el deber jurídico de soportar y, de otro, cuando esa lesión es imputable fáctica y jurídicamente a una autoridad pública. Dicha Tesis fue avalada por la Corte Constitucional en Sentencia C-333 de 1993, en donde expresó, que además de constatar la antijuridicidad del daño, el juzgador debe elaborar un juicio de imputabilidad que le permita encontrar un título jurídico distinto de la simple causalidad material que legitime la decisión.

Al referirnos a la **imputación jurídica y fáctica**, debemos remitirnos a lo explicado por la Sección Tercera del H. Consejo de Estado que considera que *“imputar, para nuestro caso, es atribuir el daño que padeció la víctima al Estado, circunstancia que se constituye en condición sine qua non para declarar la responsabilidad patrimonial de este*

¹⁵ 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).

¹⁶ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, C.P. Dr. Alier Eduardo Hernández Enríquez, de fecha 01 de marzo de 2006.



último (...) la imputación del daño al Estado depende, en este caso, de que su causación obedezca a la acción o a la omisión de las autoridades públicas en desarrollo del servicio público o en nexa con él, excluyendo la conducta personal del servidor público que, sin conexión con el servicio, causa un daño”¹⁷

A partir de la disposición Constitucional señalada, 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 demandada 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 al Juez analizar los hechos de cada caso concreto y determinar el régimen de responsabilidad aplicable, para resolver el asunto sometido a su consideración de acuerdo con los elementos probatorios allegados, aunque el demandante haya encuadrado el contencioso en un título de imputación disímil, pues en acciones de reparación directa, domina el principio de *iura novit curia*.

De otro lado, en cuanto al **nexo de causalidad**, nuestro Órgano de Cierre¹⁸ trayendo a colación apartes de la Doctrina Francesa ha considerado que éste, es el elemento principal en la construcción de la responsabilidad, esto es la determinación de que un hecho es la causa de un daño, pues desde el punto de vista teórico resulta fácil, en criterio de los autores, diferenciar el tratamiento del nexo de causalidad dentro de los títulos objetivo y de falla. En tratándose de la falla del servicio, la relación de causalidad se vincula directamente con la culpa, con la irregularidad o la anormalidad.

En síntesis, existe una cláusula general de responsabilidad patrimonial del Estado, en forma de mandato imperativo, aplicable a todas las autoridades estatales y en todos los ámbitos de la responsabilidad, siendo una garantía para los administrados, con la consecuente obligación para el Estado de repetir contra sus agentes, cuando la administración pública haya resultado condenada y se demuestre la culpa grave o el dolo de los mismos.

¹⁷ Sentencia del 21 de octubre de 1999, expediente 10948, M.P: Alier Eduardo Hernández Enríquez.

¹⁸ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, C.P. María Elena Giraldo Gómez, Sentencia del 10 de agosto de 2005, Rad. 73001-23-31-000-1997-04725-01(15127).



4.2. Régimen de imputación derivado de la actividad médica

En torno al régimen de responsabilidad derivado de la actividad médica, la jurisprudencia ha realizado una transición entre los conceptos de falla presunta y falla probada, siendo la posición actual aquella según la cual, el régimen de responsabilidad que resulta aplicable por la actividad médica hospitalaria es el de falla probada del servicio¹⁹, por lo que en la actualidad, según esta sub-regla jurisprudencial, deben ser acreditados en este punto tres elementos inexcusables por parte del actor, a saber: i) el daño; ii) la falla en el acto médico y iii) el nexo causal, sin los cuales resulta improcedente por esta vía una condena en contra del Estado²⁰, tal y como lo ha entendido el H. Consejo de Estado al señalar:

*“Al margen de las discusiones que se presentan en la jurisprudencia y en la doctrina en relación con el régimen probatorio de los elementos de la responsabilidad patrimonial por los daños que se deriven de la actuación médica del Estado, **lo cierto es que existe consenso en cuanto a que la sola intervención -actuación u omisión- de la prestación médica no es suficiente para imputar al Estado los daños que sufran quienes requieran esa prestación, sino que es necesario que se encuentre acreditado que la misma fue constitutiva de una falla del servicios y que dicha falla fue causa eficiente del daño.**”²¹ (Negrillas y subrayas del despacho)*

Dicho título de imputación opera, como lo señala la jurisprudencia de la Sección Tercera, no sólo respecto de los daños indemnizables derivados de la muerte o de las lesiones corporales causadas, sino que también comprende “... *los que se constituyen por la vulneración del derecho a ser informado; por la lesión del derecho a la seguridad y protección dentro del centro médico hospitalario y, como en este caso, **por lesión del derecho a recibir atención oportuna y eficaz**”²². (Se destaca)*

En consonancia con ello y de acuerdo con lo dispuesto en la jurisprudencia del H. Consejo de Estado, cuando la falla probada en la prestación del servicio médico y hospitalario se funda en la “*lesión al derecho a recibir atención oportuna y eficaz*”, se debe observar que ésta produce como efecto la vulneración de la garantía

¹⁹ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, C.P. Jaime Orlando Santofimio Gamboa, Sentencia del 09 de julio de 2018, Rad. 08001-23-31-000-2000-01774-01(44961)

²⁰ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, C.P. Marta Nubia Velásquez Rico, Sentencia del 19 de abril de 2018, Rad. 76001-23-31-000-2003-03719-01(44222) acumulado con el 76001-23-000-2004-01899-01).

²¹ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia del 23 de junio de 2010, exp. 19.101 C.P. Ruth Stella Correa Palacio.

²² Sentencia de 7 de octubre de 2009. Exp. 35656.



constitucional que recubre el derecho a la salud, especialmente en lo que hace referencia al respeto del principio de integridad en la prestación de dicho servicio.

Ahora bien, según el precedente jurisprudencial constitucional *“la protección al derecho fundamental a la salud no se limita simplemente al reconocimiento de los servicios que se requieren con necesidad; sino que comprende también su acceso de manera oportuna, eficiente y de calidad. La prestación del servicio de salud es oportuna cuando la persona lo recibe en el momento que corresponde para recuperar su salud sin sufrir mayores dolores y deterioros. En forma similar, el servicio de salud se considera eficiente cuando los trámites administrativos a los que se somete al paciente para acceder a una prestación requerida son razonables, no demoran excesivamente el acceso y no imponen al interesado una carga que no le corresponde asumir. Por otro lado, el servicio de salud es de calidad cuando las entidades obligadas a prestarlo actúan de manera tal “que los usuarios del servicio no resulten víctimas de imponderables o de hechos que los conduzcan a la desgracia y que, aplicando con razonabilidad los recursos estatales disponibles, pueden ser evitados, o su impacto negativo reducido de manera significativa para la persona eventualmente afectada”*²³.

Frente al particular, el órgano de cierre de ésta jurisdicción ha señalado que la falla médica se circunscribe a una consideración básica, según la cual, la *“obligación de prestar asistencia médica es compleja, es una relación jurídica total, compuesta por una pluralidad de deberes de conducta (deber de ejecución, deber de diligencia en la ejecución, deber de información, deber de guardar secreto médico, etc.). Ese conjunto de deberes conforma una trama, un tejido, una urdimbre de la vida social responde a la idea de organización – más que de organismos- en punto a la susodicha relación jurídico total (...) Por tanto, aquel deber jurídico principal supone la presencia de otros deberes secundarios de conducta, como los de diagnóstico, información, recepción de la voluntad jurídica del enfermo –llamada comúnmente consentimiento del paciente-, prescripción, guarda del secreto profesional, satisfacción del plan de prestación en su integridad (actividad que supone no abandonar al enfermo y cuidar de él hasta darlo de alta)”*²⁴ (Subrayado original)

4.3. La prestación del servicio de salud en el servicio de urgencias.

De conformidad con lo consagrado en el artículo 49 de la Constitución Política modificado por el Acto Legislativo No. 02 de 2009, la salud es un servicio público a cargo del Estado; sin embargo, según lo dispuesto por la Corte Constitucional y

²³ Corte Constitucional, sentencia T-104 de 2010.

²⁴ Sección Tercera, sentencia de 18 de febrero de 2010. Exp. 17655.



recientemente, según lo dispuesto en la Ley 1751 de 2015, la salud además de ser un servicio público es un derecho fundamental de los administrados.

Así las cosas, se tiene que el servicio público de salud en Colombia se encuentra regulado por la Ley 100 de 1993, según la cual son reglas rectoras de su prestación, la equidad , la obligatoriedad , la protección integral , la libre escogencia , la autonomía de las instituciones, la descentralización administrativa, la participación social, la concertación y la imprescindible, calidad del servicio, de donde vale igualmente la pena resaltar que dentro de las características básicas del sistema general de salud, se encuentra el ingreso de todos los colombianos al régimen de seguridad social en aras de garantizar la misma al conjunto de la población colombiana, mediante la debida organización y prestación del servicio público de salud y la atención de urgencias en todo el territorio nacional .

La mencionada Ley 100 igualmente estableció los niveles de complejidad de las instituciones prestadoras de servicios (Baja , Media y Alta) y los niveles de atención que se prestan respecto a las actividades, procedimientos e intervenciones (Nivel I, Nivel II, Nivel III), a los cuales debe corresponder la prestación de los servicios de consulta médica, hospitalización y, en general, todos los eventos, según su complejidad, donde el tercer nivel de atención incluye aquellas intervenciones o enfermedades de alta complicación y costo, que debido a su complicación requieren para su atención, del nivel más especializado y de la mayor calidad de atención humana, técnica y científica .

Ahora bien, el Decreto 412 de 1992 reglamentó la prestación del servicio de salud mediante la atención de urgencias, bajo disposiciones aplicables a todas las entidades prestadoras del servicio de salud públicas y privadas, las cuales, están obligadas a prestar la atención inicial de urgencia, independientemente de la persona solicitante del servicio, en cuyo efecto se adoptaron las siguientes definiciones:

“1. URGENCIA. Es la alteración de la integridad física y/o mental de una persona, causada por un trauma o por una enfermedad de cualquier etiología que genere una demanda de atención médica inmediata y efectiva tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte.

2. ATENCION INICIAL DE URGENCIA. Denominase como tal a todas las acciones realizadas a una persona con patología de urgencia y que tiendan a estabilizarla en sus signos vitales, realizar un diagnóstico de impresión y definirle el destino inmediato, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de



urgencia, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud.

3. ATENCION DE URGENCIAS. Es el conjunto de acciones realizadas por un equipo de salud debidamente capacitado y con los recursos materiales necesarios para satisfacer la demanda de atención generada por las urgencias.

4. SERVICIO DE URGENCIA. Es la unidad que en forma independiente o dentro de una entidad que preste servicios de salud, cuenta con los recursos adecuados tanto humanos como físicos y de dotación que permitan la atención de personas con patología de urgencia, acorde con el nivel de atención y grado de complejidad previamente definidos por el Ministerio de Salud para esa unidad.

5. RED DE URGENCIAS. Es un conjunto articulado de unidades prestatarias de atención de urgencias, según niveles de atención y grados de complejidad, ubicado cada uno en un espacio poblacional concreto, con capacidad de resolución para la atención de las personas con patologías de urgencia, apoyado en normas operativas, técnicas y administrativas expedidas por el Ministerio de Salud.

La red actuará coordinadamente bajo una estructura conformada por subsistemas de información comunicaciones, transporte, insumos, educación, capacitación y de laboratorios.”.

De lo anterior se desprende, que dicho Decreto supeditó la atención en urgencias, al nivel de atención y grado de complejidad que a cada entidad le determinara el Ministerio de salud y la fijó desde el momento de la atención hasta que el paciente fuera dado de alta o, en el evento de remisión, hasta el momento en que el mismo ingresara a la entidad receptora.

Posteriormente, el Ministerio de La Protección Social, expidió el Decreto 4747 del 7 de diciembre de 2007, por medio del cual, se implementó por primera vez, el denominado “Sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias” o Triage, en los siguientes términos:

“Artículo 10. Sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias "triage".
El Ministerio de la Protección Social definirá un sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias, denominado "triage", el cual será de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud que tengan habilitados servicios de urgencias y de las entidades responsables del pago de servicios de salud en el contexto de la organización de la red de prestación de servicios”.



Con posterioridad, el Ministerio de Salud y Protección Social expide la **Resolución No. 5596 del 24 de diciembre de 2015**, por medio de la cual se definen los criterios técnicos para el Sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias "triage", creado a través del decreto precitado, contemplando al efecto un total de cinco categorías dentro de éste sistema, delimitando en consecuencia los elementos necesarios para la categorización de los pacientes dentro de dichos grupos. La resolución en comento asignó responsabilidades en la implementación de los criterios descritos en la norma y contempló además la obligación a cargo de las instituciones prestadoras de servicios de salud, de establecer tiempos promedio de atención para cada clasificación de triage.

Ahora bien, la jurisprudencia del H. Consejo de Estado ha sido clara en señalar, *“que si bien la responsabilidad de las entidades prestadoras de salud se circunscribe al nivel de atención y grado de complejidad que a cada una le determine el Ministerio de Salud, o el que haga sus veces, lo cierto es que ello no obsta para establecer la responsabilidad de las instituciones médicas en aquellos casos en que no se efectúa una correcta valoración del paciente o cuando se omite la remisión oportuna del mismo”* y que *“si bien el mencionado decreto refiere la responsabilidad de la entidad prestadora de salud desde el momento de la atención, éste momento ha de entenderse desde el instante mismo en que el paciente ingresa al centro médico, clínico u hospitalario, lo cual implica que tal responsabilidad se origina, incluso, cuando el paciente ingresa a sus instalaciones, y aquí nace la obligación de garante de la atención inicial de urgencia y, en consecuencia, del servicio de promoción, protección y recuperación de la salud.”*²⁵

De lo anterior es posible concluir, que la atención inicial de urgencias, hace parte de los beneficios del Sistema de Seguridad Social en Salud y como tal, debe garantizarse en todo caso y en todo el territorio nacional, como servicio de atención inmediata y sin someterse a períodos de espera injustificados.

4.4. Responsabilidad por error en el diagnóstico.

El diagnóstico ha sido definido por la Sección Tercera del H. Consejo de Estado, como el elemento determinante del acto médico, ya que es a partir de sus resultados que se elabora todo el tratamiento propiamente dicho, al señalar:

“Puede afirmarse que el diagnóstico es uno de los principales momentos de la actividad médica, pues a partir de sus resultados se elabora toda la actividad posterior conocida como tratamiento propiamente dicho.

²⁵ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, C.P. Jaime Orlando Santofimio Gamboa, Rad. 63001-23-31-000-2000-00519-01(39952)



De allí que el diagnóstico se termina convirtiendo en un elemento determinante del acto médico, ya que del mismo depende el correcto tratamiento o terapéutica.

Cronológicamente el diagnóstico es el primer acto que debe realizar el profesional, para con posterioridad emprender el tratamiento adecuado. Por ello bien podría afirmarse que la actividad médica curativa comprende dos etapas. La primera constituida por el diagnóstico y la segunda por el tratamiento. (...)"²⁶.

Igualmente, se ha determinado en la Jurisprudencia de nuestro órgano de cierre, que **el diagnóstico se encuentra conformado por dos etapas** a saber, la primera es aquella donde se realiza la exploración del paciente, esto es, el examen o reconocimiento que va desde la realización del interrogatorio hasta la ejecución de pruebas, tales como palpación, auscultación, tomografías, radiografías, etc...; en la segunda corresponde al médico analizar los exámenes practicados y emitir su juicio²⁷.

A la par, esa Corporación ha sostenido que para que el diagnóstico sea acertado, se requiere que el profesional de la salud sea extremadamente diligente y cuidadoso en el cumplimiento de cada una de las fases anteriormente mencionadas, esto es, que emplee todos los recursos a su alcance en orden a recopilar la información que le permita determinar con precisión cuál es la enfermedad que sufre el paciente, y en ese sentido, si el médico actuó con la pericia y cuidado antes mencionada, su responsabilidad no queda comprometida a pesar de que se demuestre que el diagnóstico fue equivocado, pues es posible que pese a todos los esfuerzos del personal médico y al empleo de los recursos técnicos a su alcance, no logre establecerse la causa del mal, bien porque se trata de un caso científicamente dudoso o poco documentado, porque los síntomas no son específicos de una determinada patología o, por el contrario, son indicativos de varias afecciones²⁸.

En conclusión, la jurisprudencia del H. Consejo de Estado ha sido enfática en afirmar que para imputar responsabilidad a la Administración por daños derivados de un error de diagnóstico, se requiere acreditar que el servicio médico no se prestó de manera adecuada por alguno de los siguientes motivos:

²⁶ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia de 10 de febrero de 2000 Exp.11878. Reiterado en reiterada en las sentencias de 27 de abril de 2011, exp.19.846; 10 de febrero de 2011, exp.19.040; 31 de mayo de 2013, exp.31724; 9 de octubre de 2014, exp.32348; y 2 de mayo de 2016. Exp.36.517

²⁷ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia de 10 de febrero de 2000 Exp.11878. Reiterado en Sentencia del 2 de mayo de 2016. Exp.36.517

²⁸ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia de 10 de febrero de 2000 y sentencia del 2 de mayo de 2016. Exp.36.517.



“i) El profesional de la salud omitió interrogar al paciente o a su acompañante sobre la evolución de los síntomas que lo aquejaban.

ii) El médico no sometió al enfermo a una valoración física completa y seria.

iii) El profesional omitió utilizar oportunamente todos los recursos técnicos y científicos a su alcance para determinar con precisión cuál es la enfermedad que sufre el paciente.

iv) El médico dejó de hacerle el seguimiento que corresponde a la evolución de la enfermedad, o simplemente, incurrió en un error inexcusable para un profesional de su especialidad.

v) El galeno interpretó indebidamente los síntomas que presentó el paciente.

vi) Existe una omisión de la práctica de los exámenes que resultaban indicados para el caso concreto.”²⁹

4.5. La pérdida de la oportunidad en la responsabilidad extracontractual del Estado

Al respecto, oportuno resulta citar lo que frente a la pérdida de oportunidad ha reseñado el H. Consejo de Estado, así³⁰:

*“PERDIDA DE OPORTUNIDAD - Aplicación en los casos de responsabilidad por actividad médica. Prueba científica de la posibilidad real de recuperación del paciente. También ha señalado la Sala que para que haya lugar a la reparación no es necesario acreditar que una adecuada prestación del servicio médico asistencial hubiera impedido el daño, porque bastaría con establecer que la falla del servicio le restó al paciente oportunidades de sobrevivir o de curarse. Se trata en este caso de lo que la doctrina ha considerado como la “pérdida de una oportunidad”, cuya aplicación, a pesar de la simplicidad en su formulación ofrece grandes dificultades, pues el daño en tales eventos estaría en los límites entre el daño cierto y el eventual, dado que la oportunidad que puede tener un enfermo de recuperar su salud es aleatoria, regularmente difícil de establecer en términos porcentuales. **Se destaca que la determinación de la pérdida de la oportunidad no puede ser una mera especulación, es necesario que de manera científica quede establecido cuál era la posibilidad real del paciente de recuperar su salud o preservar su vida, y que***

²⁹ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Sentencia del 02 de mayo de 2018, CP. Jaime Orlando Santofimio Gamboa; Exp. 63001-23-31-000-2000-00519-01(39952)

³⁰ Sentencia del 31 de Agosto de 2006. CP. Ruth Stella Correa Palacio. Exp. 15772



esa expectativa real haya sido frustrada por omisiones o erradas acciones en la actuación médica. En este aspecto hay que prestar la máxima atención y no resolver como pérdida de oportunidad eventos en los cuales lo que se presentan son dificultades al establecer el nexo causal. " (Negrillas fuera de texto).

Ahora bien, la naturaleza de la pérdida de oportunidad ha sido objeto de pronunciamientos por la jurisprudencia de lo contencioso administrativo en no pocas ocasiones.

Tradicionalmente se ha estudiado desde dos ópticas: una, que considera que la pérdida de oportunidad se consolida como un “daño autónomo”, y otra, que afirma que el estudio de esta figura debe realizarse en sede del análisis del nexo causal.

Recientemente³¹, el órgano de cierre de esta jurisdicción abordó el tema y entendió dicha figura como daño, con identidad y características propias, cuyo colofón es la vulneración de una expectativa o interés legítimo, la cual debe ser reparada.

Es así, que desde la óptica del daño, la pérdida de una oportunidad se erige como la lesión a un interés jurídico tutelado y, en esa medida, para su configuración es necesario que se trate de la pérdida de una oportunidad seria.

La oportunidad perdida debe contar con un grado de suficiencia que permita concluir que, la acción u omisión de la autoridad pública generadora de daño, disminuyó la probabilidad de ganar o, aumentó la de perder, de manera relevante para el derecho. Lo anterior obedece al concepto mismo de interés legítimo, en el que se fundamenta la pérdida de oportunidad como daño, en la medida en que debe tratarse de una posición de ventaja reservada para el titular del interés; por lo anterior, esa oportunidad debe contar con unos mínimos de relevancia jurídica, que permitan calificarla como valiosa o real.

Para el efecto, este daño debe cumplir con los siguientes requisitos según la jurisprudencia: *“En primer lugar, el resultado debe ser aleatorio, esto es, incertidumbre respecto a si el beneficio se iba a conseguir o si el perjuicio se iba a evitar; segundo, la certeza respecto de la oportunidad propiamente dicha, es decir que, en ausencia del hecho dañoso, la víctima habría mantenido intacta la expectativa de obtener un provecho o de evitar un perjuicio; finalmente, que la*

³¹ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección B, Expediente 25706 de 5 de abril de 2017.



oportunidad de evitar esa aminoración o de obtener un provecho, se extinguió de manera irreversible para la víctima, toda vez que, si la ventaja aún era susceptible de ser lograda o el perjuicio de ser evitado, se estaría en presencia de un daño eventual.”³²

Lo anterior, permite concluir que la pérdida de oportunidad como daño, tiene dos componentes: uno, de certeza en relación con la existencia de una expectativa real, relevante para el derecho; y otro, relacionado con la incertidumbre de obtener la ganancia esperada o de evitar el perjuicio.

5. De lo probado en el proceso

Al expediente fueron aportados los siguientes elementos de convicción relevantes para la resolución del problema jurídico planteado:

- Certificado de defunción de MARYORI LEON BETANCOURT (Q.E.P.D.), según el cual su deceso se verificó el día 1º de septiembre de 2015, a las 23:55 horas.³³
- Registro civil de nacimiento de MARYORI LEON BETANCOURT (Q.E.P.D.), según el cual la misma nació el 20 de mayo de 1980, siendo sus padres MARIA EDITH BETANCOURT y PEDRO PABLO LEON.³⁴
- Registro civil de nacimiento del señor RODOLFO LEON LOPEZ, hermano de la señora MARYORI LEON BETANCOURT (Q.E.P.D.).³⁵
- Registro civil de nacimiento del señor WILSON ALBERTO LEON BETANCOURT, hermano de la señora MARYORI LEON BETANCOURT (Q.E.P.D.)³⁶

³²³² Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección B, Expediente 40916 del 10 de abril de 2019.

³³ Fl. 11 del Cuad. Ppal. Tomo 1

³⁴ Fl. 12 del Cuad. Ppal. Tomo 1

³⁵ Fl. 13 del Cuad. Ppal. Tomo 1

³⁶ Fl. 14 del Cuad. Ppal. Tomo 1



- Registro civil de nacimiento de la señora NIDIA EDITH LEON BETANCOURTH, hermana de la señora MARYORI LEON BETANCOURT (Q.E.P.D).³⁷
- Registro civil de nacimiento de la señora OLGA MARGOTH LEON BETANCOURTH, hermana de la señora MARYORI LEON BETANCOURT (Q.E.P.D.).³⁸
- Registro civil de nacimiento de CAMILA ANDREA LEON BETANCOURT, hija de la señora MARYORI LEON BETANCOURT (Q.E.P.D.).³⁹
- Registro civil de nacimiento de LEIDY YURANNY CUTIVA LEON, hija de la señora MARYORI LEON BETANCOURT (Q.E.P.D.).⁴⁰
- Declaración extraproceso⁴¹ de la señora MARIA EDITH BETANCOURT GARCIA.
- Declaración extraproceso⁴² del señor NELSON GERMAN CUTIVA, quien adujo haber convivido con la señora MARYORI LEON BETANCOURT (Q.E.P.D), durante 6 años y hasta el día de su deceso.⁴³
- Historia clínica de la señora MARYORI LEON BETANCOURT, procedente del Hospital San Francisco de Ibagué⁴⁴, dentro de la cual reposan los siguientes registros:

“Fecha real de la atención: 6-8-2015 10:07 a.m.

Triage

Afiliación Subsidiado Nivel 1- Salud Vida EPS

Análisis y Diagnóstico:

³⁷ Fl. 15 del Cuad. Ppal. Tomo 1

³⁸ Fl. 16 del Cuad. Ppal. Tomo 1

³⁹ Fl. 17 del Cuad. Ppal. Tomo 1

⁴⁰ Fl. 18 del Cuad. Ppal. Tomo 1

⁴¹ Fl. 19 del Cuad. Ppal. Tomo 1

⁴² Fl. 19 del Cuad. Ppal. Tomo 1

⁴³ Fl. 20 del Cuad. Ppal. Tomo 1

⁴⁴ Fls. 22 y ss del Cuad. Ppal. Tomo 1



*Cuadro de 2 meses de dolor en hombro izquierdo. No otros síntomas...Estable hemodinamicamente y ventilatoriamente saturación 99% **Hidratada**...Se ordena analgesia ambulatoria y control por consulta externa...*

...27-8-2015 8:40 a.m.

URGENCIAS

Motivo de Consulta: Dolor en el brazo izquierdo

Enfermedad actual: *Refiere la paciente que desde el día anterior presenta dolor en el hombro y antebrazo izquierdo asociado a su cuadro de Chikunguña que se inició desde hace 2 meses y además, desde la noche anterior ha notado dolor leve en el hemiabdomen superior de grado leve no asociándose fiebre, vomito o escalofríos...al examen físico paciente en aparente buen estado general...**sin evidencia de signos de deshidratación**...*

Análisis y resultado

Paciente femenina de 35 años de edad...se sospecha cuadro de persistencia de virus de la chikunguña y de dolor abdominal leve de probable etiología de cálculos en vesícula biliar, se coloca dosis única de analgesia y se solicita ecografía de abdomen total para descartar una colelitiasis..."

...28-08-2015 7:49 p.m.

URGENCIAS

Motivo de consulta:

*Dolor en el hombro izquierdo y en el abdomen...refiere un único episodio de vomito...paciente afebril al tacto e **hidratada***

Análisis y resultado: *Considero cuadro compatible con colelitiasis. **No trajo resultado de ecografía solicitada en la consulta anterior...pendiente traer reporte de ecografía para definir conducta...***

29-08-2015 1:06 p.m.

URGENCIAS

Motivo de consulta:

Paciente con cuadro clínico de aproximadamente de 3 días de evolución de dolor en el hemiabdomen superior derecho con irradiación al hombro y a la escapula izquierda se asocia desde el día de hoy debilidad y malestar, niega fiebre, diarrea o vomito...Análisis y resultado: En el momento hemodinamicamente estable no signos de respuesta inflamatoria sistémica.



No síndrome de dificultad respiratoria. No ha traído la ecografía abdominal solicitada desde hace 2 días. Decido solicitar hemograma y glicemia...

29-08-2015 4:56 p.m.

...Plan: paciente femenina de 35 años se valora hemograma encontrándose leucocitosis con neutrofilia...paciente hemodinamicamente estable sin signos de respuesta inflamatoria sistémica. No síndrome de dificultad respiratoria. Con cuadro clínico de origen probablemente infeccioso sin evidenciar hasta el momento el foco. Decido solicitar uroanálisis y gran...

29-08-2015 8:02 p.m.

Se revalora paciente...parcial de orina tomado con sonda que muestra probable cuadro de infección urinaria, tiene pendiente resultado de ecografía abdominal total para descartar coledoclitiasis, se considera cuadro de infección urinaria y como la paciente se encuentra en el momento hemodinamicamente estable y sin signos de respuesta sistémica, se decide iniciar el manejo con cubrimiento antibiótico + analgesia durante 7 días...

Diagnostico principal: Infección de vías urinarias..."

- Transcripción de la historia clínica de la señora MARYORI LEON BETANCOURT procedente del hospital Federico Lleras Acosta E.S.E de la ciudad⁴⁵, de la cual es posible extraer las siguientes anotaciones relevantes:

“ATENCION DE URGENCIAS

Fecha: 30-08-2015 Hora: 01:15

Motivo de enfermedad actual: tengo mucho mareo

Paciente de 35 años, ingresa por presentar cuadro clínico de 1 día de evolución, consistente en mareo, náuseas, sudoración, astenia, adinamia, palidez generalizada, en algunas ocasiones enemesis, disnea y dolor torácico leve...Paciente quien hoy inicia tratamiento con antibiótico por infección de vías urinarias, no se encuentra actualmente sintomática.

Antecedentes: Infección de vías urinarias diagnostica hoy...

Diagnostico principal: Síndrome icterico a estudio

Conducta: Líquidos endovenosos, paraclínicos, valoración medicina interna...

⁴⁵ Fls. 63 y ss del Cuad. Ppal. 1



Rama Judicial

República de Colombia

30-08-2015 Hora: 7:30 Medicina Interna

Análisis: Paciente en regulares condiciones generales, taquicardia, con cuadro hemático con leucocitosis y neutrofilia, con diagnostico previo de IUUV ayer y la dosis de cefalexina

Plan: hidratar

Solicitud urocultivo y antibiograma

Glucometría en ayunas

Pendiente de reporte de eco y parcial de orina

30-08-2015 Hora: 15+15

Nota médica:

Reporte de Eco hepatobiliar: Colecistitis acalculosa...

31-08-2015 9+00 Evolución de medicina interna

Paciente de 25 años de edad con diagnóstico de IVU

Subjetivo: Paciente con persistencia de astenia y adinamia, fiebre subjetiva, persistencia de dolor abdominal en epigastrio, sensación de disnea que asocia a dolor torácico ocasional...

Reporte de Medicina Interna

Objetivo: Paciente hidratada, afebril, orientada...

Análisis y Plan: Paciente quien persiste con dolor abdominal en el epigastrio, taquicardia...

11:00 *Paciente alerta algica, con dolor en el epigastrio y en HLO*

Diagnostico:

Pielonefritis aguda

Colecistitis acalculosa

1-09-15 7+34 Evolución medicina Interna

Diagnostico:

Pielonefritis aguda

Colecistitis acalculosa

...Análisis:

Paciente hemodinamicamente inestable...día 2 de antibiótico...con dificultad respiratoria...se evidencia palidez mucocutánea, con tirajes costales y aleteo nasal...Control de líquidos...Diagnostico: 1 Insuficiencia respiratoria tipo II secundario a sobrecarga hídrica (edema pulmonar importante).



1-09-2015 8:35 Nota médica

Análisis: Paciente con episodio de mareo, diaforesis, epigastralgia y palidez cutánea marcada, actualmente con aumento de frecuencia respiratoria...

1-09-2015 12+6 Paciente que no presente criterios para sospecha tromboembulismo...

1-09-15 16+00 h

*Paciente con placa de tórax que evidencia derrame pleural en campo pulmonar derecho, que compromete aproximadamente el 60% del campo pulmonar, gases arteriales con acidosis metabólica, en el momento, paciente taquiapneica...Se interroga madre y paciente y quienes niegan antecedente previos patológicos, quirúrgicos y alérgicos, así como síntomas respiratorios previos al ingreso...Se solicita ecocardiograma y toracocentesis, así como test de ADA y citológica, se solicitan marcadores inmunológicos
Paciente interconsulta a UCI, alto riesgo de apnea*

1-9-15 22+55 URGENCIAS

*Paciente consciente, inquieta, ansiosa, con cianosis, mal perfundida, edematizada, polipneica y gases arteriales con acidemia severa
PLAN: Intubación orotraqueal*

1-9-15 23+55 NOTA DE PROCEDIMIENTO

A las 23+10 se inicia premedicación con midazolam y rocuronio para intubación orotraqueal, a las 23+30 presenta asistolia, se inician maniobras avanzadas de RCP durante 20 minutos sin respuesta...Se considera muerte a las 23+55..."

EVOLUCION DE ENFERMERIA

30-08-15

3+00

...Se coloca solución salina 100 cc/h

6+59 *paciente en camilla pasando solución salina 100 cc/h*

13+00 *paciente queda en camilla de consultorio con líquidos endovenosos permeables*



19+00 recibo paciente en el servicio de observación en consultorio, continua con acceso venoso canalizada 100 cc/h ...

...31-08-15

7+00

Recibo paciente con líquidos endovenosos pasando solución salina 100 cc/h...

...19+00 paciente en regulares condiciones generales...pasando solución salina 100 cc/h

11.30 paciente que se baja del primer piso por presentar dificultad respiratoria...con líquidos endovenosos permeables...pendiente hospitalizar...

...1-09-15 16+40

Se canaliza vena con yelco No. 18...luego se coloca ringer bolo de 1500 y se continua a 70 cc/h...19+00 paciente en malas condiciones generales con ringer a 70 cc/h con goteo de 10 ml de bicarbonato...pendiente traslado a UCI...21+00 paciente en regular estado, la jefe comenta nuevamente a la UCI...continua con ventury, líquidos basales...23+20 el medico decide pasar a sala de reanimación a intubación. El doctor le ordena aplicar 2 ampollas de midazolam IV ahora...23+30...el medico realiza intubación sin ninguna complicación, pero la paciente no responde, el medico inicia masaje cardiaco, la jefe llamo 2 veces a la UCI para averiguar por camas y en el momento no hay disponibilidad de camas 23+40 se llamó en varias ocasiones para la cama en UCI, pero tanto en UCI coronaria e intensiva me refieren que no había camas libres porque en el momento se iban a hacer unos traslados, que tenían que esperar, llame nuevamente a la UCI intensiva y hable con la jefe YARN y me refiere que no hay ventilador y por lo tanto debía remitirla. Esa información me la dio a las 23 horas...23+55 después de varios minutos de maniobras avanzadas de RCP durante 20 minutos sin ninguna respuesta, el médico declara hora de fallecimiento a las 23+55..."

- Certificación según la cual, la señora MARYORI LEON BETANCOURT se encontraba afiliada como madre cabeza de familia a SALUD VIDA EPS-Subsidiado. ⁴⁶

⁴⁶ Fl. 160 del Cuad. Ppal. 1



- Historia clínica de la señora MARYORI LEON BETANCOURT procedente del hospital Federico Lleras Acosta de la ciudad⁴⁷, de la cual es posible extraer las siguientes anotaciones relevantes:

a) *Fecha 1 de septiembre de 2015*
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

DIAGNOSTICO

PANCREATITIS CRONICA

CONGESTION VENOSA, MUCOSA HIPERFUNDIDA

Paciente en malas condiciones, con disnea, saturación de O2 de 81% ... con tendencia a bradicardia...”.

b) *CASO MARYORI LEON BETANCOURTH suscrito por el médico especialista en medicina interna Dr, Antonio José Oviedo Leonel quien sostuvo: Se trata de una paciente con cuadro agudizado de dolor abdominal y síntomas gastrointestinales, síndrome constitucional y fiebre, que ingresa con cuadro de respuesta inflamatoria sistémica (taquicardia, taquikneica, tendencia a la hipotensión), deshidratada en forma moderada al ingreso a la institución (Hospital Federico Lleras Acosta), para lo cual se inicia hidratación, posteriormente inicia un cuadro de insuficiencia respiratoria aguda, los líquidos administrados no fueron excesivos (100CC por hora), se interpreta el caso como síndrome de dificultad respiratoria aguda del adulto (SDRA) asociado a falla de otros órganos como el riñón (aumento de la creatina), compromiso hematológico (aumento de las pruebas de coagulación). Por tal motivo se solicita traslado a UCI (unidad de cuidados intensivos) dado la severidad de progresión del cuadro y el evidente compromiso de múltiples órganos. El edema pulmonar que se refiere el abogado demandante no es debido a compromiso cardiaco (dada la edad de la paciente y la ausencia de antecedentes), sino secundario al proceso infeccioso sistémico y tiene un manejo diferente...hace parte del cortejo de disfunción orgánica múltiple que presentaba la paciente.*

Se concluye que la paciente cursaba con cuadro agudo probablemente de origen infeccioso (fiebre), lo más probable origen viral o bacteriano, con

⁴⁷ No. 008 Cd Folio 469 Parte 2



rápida progresión a compromiso de múltiples órganos pulmones con compromiso de SDRA, riñones compromiso de insuficiencia renal aguda, compromiso hematológico (aumento de TP y TPT), que no dio lugar dada su rapidez a conocer la causa de la infección (germen) y que progreso rápidamente a compromiso multiorgánico que lleva a un rápido deterioro de la salud de la paciente y la muerte”.

- Dictamen pericial rendido por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses⁴⁸, presentado a instancia de la parte demandante, en relación con la deshidratación y el edema pulmonar, al cual, según se consignó en la audiencia de pruebas, se le otorgará el valor probatorio de prueba documental, al amparo del artículo 228 del CGP.
- Dictamen pericial rendido por JULIO IVAN MENJURA RONDON⁴⁹, médico especialista en medicina interna, a solicitud del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué, quien refirió:

*“...De conformidad a lo evidenciado de la historia clínica de la señora MARYORY LEON BETANCOURTH (Q.E.P.D) del Hospital Federico Lleras Acosta de la ciudad, se evidencia que desde su ingreso a la entidad, se le prestaron los servicios de salud de conformidad al motivo de consulta de ingreso...**la paciente no murió a consecuencia de una sobrecarga hídrica sino como consecuencia de un proceso infeccioso severo del cual no se pudo identificar su etiología dada la evolución aguda del caso...paciente joven con síntomas bizarros a su ingreso, la cual presentó un deterioro clínico progresivo que se comporta como un proceso infeccioso de etiología no clara que la llevó a una disfunción orgánica múltiple, falla multiorgánica y muerte.** No considero sobrecarga hídrica ni edema pulmonar de origen cardiogénico, dado que un paciente séptico presenta terceros espacios dada su condición patológica...Los terceros espacios consisten en el paso del líquido de los vasos sanguíneos hacía los tejidos, que pueden darse por la misma infección, por la pérdida de la presión de los vasos sanguíneos, todo esto secundario a un proceso infeccioso...”.*

⁴⁸ Cuad. Dictamen Pericial Parte Dte.

⁴⁹ Cuad. Dictamen Pericial HFLLA



Aunado a lo anterior, el perito indicó que en este caso, a su juicio, la paciente no cursaba con un edema pulmonar cardiogénico ni con sobrecarga de volumen; contrario a lo anterior, afirmó que si presentaba una disfunción orgánica múltiple debido a que presentó compromiso renal, respiratorio, hematológico y metabólico de etiología no clara, que según lo manifestó, pudo ser causado por un proceso infeccioso severo cuyo origen no pudo ser determinado, debido a la rapidez con que evolucionó la enfermedad.

Igualmente, aseveró al responder el interrogante relacionado con el manejo que debió habersele brindado a la paciente al momento de su arribo al Hospital Federico Lleras Acosta que, desde su ingreso, se le prestaron los servicios de salud de conformidad al motivo de consulta de ingreso y de forma oportuna.

Dicho perito compareció a la audiencia de pruebas, realizando inicialmente un recuento de la historia clínica de la señora MARYORI LEON BETANCOURT (Q.E.P.d.), refiriendo que en síntesis, se trata de una paciente que presentó síntomas específicos con un comportamiento de posible cuadro séptico, que le ocasionó una insuficiencia respiratoria aguda; también presentó un cuadro de acidez metabólica, todo lo cual condujo a la paciente a una asistolia (paro cardíaco), que a la postre ocasionó su deceso.

El perito fue enfático al negar la presencia de una sobrecarga hídrica en el caso de la señora LEON BETANCOURT, señalando que lo que hubo fue un intento de restitución del volumen de los vasos sanguíneos, es decir, tratar de mantener una tensión arterial y la perfusión en los órganos y tejidos.

En el mismo sentido, indicó que de la historia clínica de la paciente se pudo colegir que fue una constante en su caso la deshidratación, por ello fue indispensable el suministro de líquidos.

Finalmente, al absolver el perito el interrogante de si el cuerpo médico del Hospital Federico Lleras Acosta tenía otra alternativa para mantener la tensión arterial de la paciente y contrarrestar la pérdida de líquidos que le estaba ocasionando el proceso infeccioso con el que cursaba, distinta a la hidratación de la misma, manifestó que no. Que efectivamente, el suministro de los líquidos endovenosos era lo que permitía además de una adecuada



nutrición de los tejidos del cuerpo, el mantenimiento de una adecuada tensión arterial y una buena funcionalidad del corazón.

- Informe rendido por la agente especial interventora del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué⁵⁰, en relación con los hechos de la demanda, según el cual, la señora MARYORI LEON BETANCOURT, ingresó al servicio de urgencias de dicha institución a las 19 horas, presentando deshidratación debido al vómito, la fiebre y al probable proceso infeccioso que la acompañaba, motivo por el cual se inició hidratación.

Afirma que es un hecho cierto, que la señora LEON BETANCOURT (Q.E.P.D.), presentó dificultad respiratoria con sospecha de edema pulmonar, pero de origen no cardiogénico, más probablemente síndrome de dificultad respiratoria del adulto que se presenta en caso de infección severa como se sospechaba en la paciente; de hecho, se indica que en su caso, no se consideró que el edema pulmonar fuera cardiogénico, porque la paciente no cursaba con enfermedad cardíaca previa y además se había comprobado la ausencia de cardiomegalia, con un rx de tórax. Se niega el hecho de que la paciente haya presentado una sobrecarga debido a los líquidos que se le administraron, toda vez que los líquidos no producen sobrecarga y menos en pacientes jóvenes con corazón normal como lo era ella.

En relación con lo anterior, se expresa que teniendo en cuenta que la paciente presentó un edema pulmonar no cardiogénico, se le brindó la atención requerida, consistente en suministro de antibiótico y mantenimiento de la presión arterial lo más cercano a índices normales, con miras a evitar la disminución de la perfusión de los órganos vitales.

Aunado a lo anterior se manifestó que, ante la presencia de insuficiencia respiratoria aguda, en el caso de la señora LEON BETANCOURT (Q.E.P.D), se solicitó el traslado a UCI ante la probabilidad de requerir ventilación médica. Al respecto, sostuvo que a los pacientes que requieren manejo en UCI, mientras se cuenta con la disponibilidad de cama, se les realiza tratamiento en el servicio de urgencias, dado que ahí hay médicos permanentes y los pacientes se pueden monitorear e incluso entubar.

⁵⁰ Fls. 1-5 del Cuad. Pruebas Parte Dda-SALUD VIDA EPS



Concluyó finalmente que, la señora LEON BETANCOURT fue una paciente joven, *“sin aparentes enfermedades de base, con cuadro agudo al parecer de origen infeccioso con compromiso de múltiples órganos: pulmón, riñón, hematológico, con mal pronóstico dado el compromiso multiorgánico y por la rapidez del cuadro no dio lugar a conocer la causa de la enfermedad y a no tener adecuada respuesta al tratamiento médico instaurado. La paciente no tuvo sobrecarga hídrica dado el bajo volumen de administración de fluidos: 2400 cc/día, la ausencia de enfermedades cardiovasculares previas de la paciente.”*

- Informe rendido por el gerente del Hospital San Francisco E.S.E ⁵¹ en el cual se indicó principalmente que el daño cuya reparación se pretende no le resulta imputable:

“En el caso concreto la realización del triage y el examen físico, permitió al personal médico ordenar los exámenes y adoptar el tratamiento y procedimiento correspondiente...”

...Apoyado en los resultados de los exámenes ordenados, el equipo médico del Hospital San Francisco pudo analizar y considerar un diagnóstico razonable: IVU, infección de vías urinarias.

Contrario a lo afirmado por el actor, la usuaria nunca presentó síntomas de deshidratación, mientras recibió atención médica por parte del Hospital San Francisco. Como se observa en la historia clínica correspondiente, no es cierto que la primera impresión diagnóstica del Hospital Federico Lleras Acosta fuera la deshidratación; claramente se lee que el diagnóstico principal fue síndrome icterico a estudio...”

- Testimonio del doctor EDGAR LEON⁵², médico general, que labora en el área de Urgencias del Hospital Federico Lleras Acosta de la ciudad, informando que al servicio de dicha entidad se encuentra desde 1992. Al interrogársele sobre las razones por las cuales se encuentra rindiendo esta declaración indicó: *“Si, tuve la oportunidad de enterarme del motivo y revisar la historia clínica. En este caso yo recuerdo que estuve de turno en la noche en el servicio de urgencias para la fecha en que falleció la paciente. Dentro de lo que yo*

⁵¹ Fls. 12 a 15 del Cuad. Pruebas Dda -Salud Vida.

⁵² Audiencia de pruebas parte 1



recuerdo, se trataba de una paciente que se encontraba en muy malas condiciones, con un estado de inminencia de falla respiratoria, si bien estaba consciente tenía unos signos vitales al límite, requería un soporte para su parte respiratoria, por lo cual procedí a llevarla a la sala de reanimación e inicié un proceso de sedación y relajación para proceder a insertar un tubo endotraqueal y poder de esa manera apoyarla con ventilación mecánica. Cuando hago la inducción del sedante, la paciente a los 2 minutos ya estaba con el tubo orotraqueal y presenta inestabilidad hemodinámica, entra en asistolia, inició maniobras de reanimación con compresión y medicamentos durante 15 minutos. No hubo respuesta exitosa a las maniobras aplicadas y la paciente fallece en ese contexto. Creo que 9 o 10 de la noche. Digamos que es el momento final de un cuadro crítico que me correspondió a mi evaluar y tomar decisiones cuando me encontraba de servicio en esa noche. Eso es lo que puedo decir. La paciente es MARYORI LEON BETANCOURT de 35 años. PREGUNTADO: Recuerda usted ¿cuál era el diagnóstico de la paciente cuando usted la recibió?. RESPONDE: Inicialmente la impresión diagnóstica que se dio fue de infección urinaria, esa fue la primera impresión de manejo que tenía el servicio tratante y en ese contexto era que estaba, una paciente con una infección que estaba siendo tratada y cuando llegó yo en el turno de la noche, reviso en la historia que venía en un deterioro progresivo, porque ya en horas de la mañana de ese día venía el grupo médico que se venía desestabilizando y ya ese día habían hecho solicitud para traslado a UCI. Yo la encuentro en urgencias porque creo que no había aún cama en UCI disponible. Esa paciente tenía un diagnóstico de trabajo de infección urinaria según se consignó en la historia clínica y estaba recibiendo un tratamiento para esa patología. PREGUNTADO: Horas antes de que la paciente presente esa falla respiratoria, ¿ya había orden para enviarla a UCI? RESPONDE: Sí, horas antes se había solicitado, pero no había disponibilidad de cama en UCI, ella se encontraba a la espera de disponibilidad. PREGUNTADO: ¿A qué horas empieza su turno?. RESPONDE: Empezó a las 7 pm. Inicialmente tuve el caso de un paciente que tuvo un infarto agudo al miocardio que requería un medicamento anticoagulante el cual toca vigilar durante los primeros 30 minutos que no se presente complicación, por eso inicialmente cuando llego me dedico a hacer esa tarea de vigilancia y estando en ello me entero de la paciente y terminé de observar la aplicación de ese medicamento e inmediatamente me ocupé de la paciente MARYORI LEON BETANCOURT. Hasta aquí el interrogatorio del Despacho. Se concede el uso de la palabra a la apoderada del Hospital Federico Lleras Acosta. PREGUNTADO: Manifieste



al Despacho ¿cómo encontró usted a la paciente MARYORI LEON BETANCOURT cuando tuvo su atención por el servicio de urgencias?.
RESPONDE: Como ya lo manifesté, era una paciente con un cuadro inminente de falla respiratoria, era una paciente que todavía tenía su estado o esfera mental conservada, ya presentaba somnolencia, estaba inquieta por la misma asfixia, taquicárdica, en esas condiciones es cuando uno ve que el paciente está a punto de entrar a paro respiratorio, lo indicado es brindar soporte respiratorio con ventilación mecánica. En esas condiciones inicie el proceso orotraqueal. La paciente estaba en un área general de mujeres dentro del área de urgencias. PREGUNTADO: ¿Era posible en ese momento, después de la intubación, ponerle ventilación mecánica?. RESPONDE: Como el estado de la paciente era crítico, la idea era soportarla con albumina mientras se conseguía la cama en UCI o mientras en el servicio había un ventilador de emergencia en el área de urgencias. En este caso, se hubiera podido si la paciente no hubiera presentado paro cardíaco después de la intubación. PREGUNTADO: ¿La vida de la paciente no dependía de la UCI en ese momento, sino de su reacción de esta a la reanimación y podría haber estado ella con esa ventilación respiratoria mecánica en el servicio de urgencias? RESPONDE: Siempre he considerado que el que se intube un paciente, que un paciente termine en UCI, es indicador de deterioro y no de mejoría, todo paciente que llega con una patología y durante el transcurso del tiempo a pesar del tratamiento requiere soporte ventilatorio o una solicitud de ingreso a UCI lo que nos da a entender es que el paciente no está mejor. En ese orden de ideas, no es tanto el sitio donde este el paciente sino cuál es su evolución y cuáles son las decisiones que se tienen que tomar en ese momento. Los tratamientos en general, se pueden hacer donde están los recursos. En este caso el tratamiento que recibía la paciente según los especialistas y el ente indicado, era el adecuado. Ahora ya la respuesta que tiene el paciente al tratamiento iniciado, en este caso, no era satisfactoria. Se fue deteriorando. Lo que había que hacer era soportarla mientras se ubicaba en un sitio donde tuviera un mayor acompañamiento. El hecho de que estuviera en urgencias y que pudiera estar con un soporte mecánico y el resto de medicamentos que requiriera no quería decir que estaba desatendida, simplemente que la UCI tiene mucho más personal y más medios para atender el paciente, hay muchos más medios para monitorizar al paciente. Digamos que todo paciente puede estar en urgencias siendo un paciente crítico y recibiendo todo lo que necesita. Lo que si no puede es eternizarse en el servicio. Muchas veces terminamos con un paciente determinado mientras se le da el cupo en las unidades que



requieren. Muchas veces, los pacientes no acceden a nuestras unidades, sino que toca remitirlos a otras unidades en otras ciudades, siendo pacientes críticos que van a una UCI. No es el sitio, cómo está el paciente, sus condiciones y que se cuente con los recursos. Pienso que esta paciente no era tanto que estuviera en UCI sino que si iba a soportar o no la evolución de su enfermedad. No más preguntas. Inicia interrogatorio apoderado de la parte demandante. PREGUNTADO: ¿Por qué si usted manifiesta que lo determinante no era el traslado a la UCI, en este caso ello se insistió?. RESPONDE: Digamos que no es que no necesite el servicio, las solicitudes de UCI u otros requerimientos que se hagan como exámenes médicos especializados que la entidad no tiene, no implica que los pacientes no lo necesiten. Pero como lo decía antes, ello no implica que el paciente no reciba los tratamientos. Esta paciente, en el momento en que empezó a deteriorar su estado general de salud, al no responder al tratamiento instaurado, obviamente tenía indicación de ir a UCI. O sea, si hubiera tenido el hospital la cama disponible en el momento en el que el servicio tratante lo solicita, créame que hubiera estado en UCI y muy probablemente hubiera requerido soporte ventilatorio en algún momento. Entonces digamos que la necesidad de la cama no implica que el paciente se deje desatendido, por un lado, y por otro, el hecho de que no se hubiere trasladado a cuidado intensivo no es porque se hubiere dado una omisión a un requerimiento sino porque no había disponibilidad. Esta paciente necesitaba UCI, se solicitó UCI, estaba en trámite y en ese proceso de esperar UCI, presenta el deterioro que le comento, que obligó a tomar las decisiones en urgencias, las mismas que probablemente se hubieran tomado en UCI y que pues... que si hubiera sido el caso el que la paciente se hubiere estabilizado, muy probablemente habría terminado en UCI del Hospital Federico o en remisión a otra entidad. Si requería UCI, si se hizo el trámite y requirió en urgencias que se tomaron decisiones que se hubieran podido tomar en otra instancia”.

- Testimonio del Dr. ANTONIO JOSE OVIEDO LEONEL⁵³, médico internista, trabaja en el Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué desde hace 24 años atrás. Al interrogársele sobre las razones por las cuales se encuentra rindiendo esta declaración indicó: *“Si las conozco porque revisé el caso y la historia clínica. PREGUNTADO: ¿Usted no atendió a la paciente?. RESPONDE: No, pero si di un concepto sobre el caso. PREGUNTADO: ¿Qué nos puede indicar sobre lo que usted advirtió en la historia clínica y al rendir el concepto?.*

⁵³ Audiencia de Pruebas Sesión 1



RESPONDE: Se trata del caso de MARYORI LEON BETANCOURT, una paciente de 35 años que llegó con un cuadro agudo con unos síntomas generales constitucionales asociados a fiebre. La paciente ingresa en muy malas condiciones, deshidratada, hipotensa, se le hace un diagnóstico de probable proceso infeccioso de etiología viral o bacteriano, probablemente de origen urinario. A la paciente le inician antibiótico, le pasan abundantes líquidos porque estaba deshidratada y la paciente se deteriora el mismo día de su muerte, presentando dificultad respiratoria que evoluciona a la falla, que requiere intubación orotraqueal y soporte adicional con medicamentos para tratar de sostenerla mientras le salía la cama en UCI. Se concede el uso de la palabra a la apoderada del Hospital quien procede a interrogar.

PREGUNTADO: Manifiéstele al Despacho si, ¿fue una sobrecarga hídrica lo que ocasionó la muerte de MARYORI LEON BETANCOURT?. RESPONDE: No considero que haya sido la sobrecarga hídrica, porque ella fue una paciente que llegó deshidratada, entonces tocaba reanimarla con líquidos, para poder que la entrega de oxígeno a todos los tejidos fuera adecuada. Muchos de estos pacientes tienen compromiso por la severidad del cuadro de origen cardíaco, compromiso pulmonar. Entonces muchos de los fluidos que uno les coloca, pues se van fuera del objetivo que es terrenos intravasculares, por la gran inflamación que hay. Entonces muchos hacen edema pulmonar, pero no cardiogénico, porque para hacer de este se necesita de un paciente de mayor edad, que tenga, un antecedente de enfermedad cardíaca o que sea hipertenso, que esos son los pacientes que generalmente hacen cuadros de sobrecarga cuando uno los hidrata. Pero de todas formas, una infección sistémica puede llevar al deterioro de todos los órganos, que en cualquier momento pueden llegar a fallar.

PREGUNTADO: ¿Por qué fue tan rápido el deterioro de la salud de la paciente MARYORI LEON BETANCOURT?. RESPONDE: Son muchos factores los que pueden incidir. Puede ser la severidad del cuadro bacteriano o viral, puede ser el estado inmunológico previo del paciente, puede ser los genes también, eso hace que unas personas con el mismo inoculo de infección puedan morir y otras no. Depende del huésped, del agente virulento, la bacteria o el virus, y también del medio ambiente.

PREGUNTADO: ¿Considera que la atención brindada en el Hospital Federico Lleras Acosta se enfocó a la mejora del cuadro clínico con el que la paciente ingresó?. RESPONDE: Realmente el manejo estuvo fundamentado en lo que hacemos con todos los pacientes que es que cuando llegan hipotensos o deshidratados, se le ponen una buena cantidad de fluidos para garantizar la buena perfusión a todos los órganos, antibiótico por lo que



sospechamos por la fiebre de un agente infeccioso, pero muchos pacientes evolucionan no como nos gustaría sino que evolucionan como esta paciente, que lo hizo tórpidamente, pero eso no podemos garantizar que iniciado el tratamiento el resultado final sea bueno, nosotros podemos garantizar que todas las condiciones que se lleven a cabo para que la evolución sea buena... pero hay muchos factores no dependientes de nosotros que pueden hacer no llegar al resultado final. Lo principal es ponerle adecuado manejo, adecuado monitoreo y estar pendiente de las complicaciones para manejarlas cuando se presenten. PREGUNTADO: ¿Considera que la muerte de la señora MARYORI LEON BETANCOURT, es la consecuencia de no haber sido trasladada a la UCI?. RESPONDE: En los servicios de urgencias se cuenta con mucho de la batería que se requiere para manejar los pacientes. Lo importante es tener los antibióticos, los ventiladores, generalmente tenemos 1 o 2 porque generalmente se requieren para soportar el paciente mientras sale el traslado a UCI. ¿Cuál es la diferencia?, que en la UCI tenemos por cada 2 pacientes un auxiliar, por cada 5 pacientes una jefe. En cambio, en el servicio de urgencias no, hay una auxiliar para cada 10 o 15 pacientes. Obviamente en urgencias hay hartos médicos y tenemos cómo soportar a la paciente mientras se define su traslado a la UCI. Hasta aquí el interrogatorio de la apoderada del Hospital. Se le concede el uso de la palabra al apoderado de la parte demandante. PREGUNTADO: ¿Por qué en la historia clínica de la paciente se consagró que hay una insuficiencia respiratoria y un edema pulmonar secundario a una sobrecarga hídrica?. RESPONDE: Ese concepto de sobrecarga hídrica es muy variable, no lo manejamos casi en medicina, porque eso significaría entonces que si yo me tomé un litro de gaseosa, me voy a encharcar. Lo que manejamos es corazones o riñones dañados previo al inicio de la enfermedad que sí se pueden sobrecargar. Pero pacientes jóvenes, sin antecedentes de enfermedad cardiovascular previo, muy raro que vaya a suceder eso, lo que pasaba es que a causa de la infección sistémica se afectan todos los órganos, el corazón, pulmones, se afectan los riñones y eso conduce a la muerte. Pero no siempre hay correlación entre la presión arterial y que el paciente este bien atendido en cuanto a la perfusión de sus órganos. Yo puedo tener un paciente hipertenso y que no le este llegando adecuada cantidad de oxígeno a las células que es principalmente el objetivo de la reanimación. Y eso se da porque se alteran pequeños vasos sanguíneos y se altera la microcirculación. A pesar de que un paciente sea hipertenso o hipotenso, eso no se traduce en que este llegando a las células buena cantidad de oxígeno.



De eso me doy cuenta con los exámenes. Es muy difícil valorar eso. No lo manejamos casi”.

- Testimonio de la Dra. ZULLY CHAPARRO,⁵⁴ médico cirujana. Al interrogársele sobre las razones por las cuales se encuentra rindiendo esta declaración indicó: *“Si. Yo tuve la oportunidad de atender a la señora MARYORI LEON desde el día de su ingreso hasta horas antes de su fallecimiento como médico tratante. Se trataba de una mujer joven que venía en compañía de su madre el día que la conozco, que fue el día 30, día de su valoración. Con unos síntomas bastante inespecíficos, dolor abdominal, fiebre, malestar general, refiriendo adicionalmente que tenía un tratamiento incompleto para una infección urinaria. Le tomo paraclínicos. La paciente al momento del ingreso se encontraba deshidratada y se le hizo reanimación hídrica de acuerdo a las necesidades. Posteriormente en la 2a valoración, a pesar de que se encontraba hidratada, empezó a hacer deterioro en horas de la mañana, razón por la cual se repitió la paraclínica, para revisarla en horas de la tarde nuevamente. En horas de la tarde, encuentro una paciente con bastante esfuerzo respiratorio, se había solicitado UCI y se evidencia una radiografía que muestra una alteración en la paraclínica, la cual no estaba completa. El parcial de orina de la señora no era francamente patológico, en vista de que la paciente tenía un tratamiento previo, lo cual hace que se puedan enmascarar procesos infecciosos, ya que las infecciones urinarias se pueden ver negativizadas con las primeras 2 dosis de antibiótico que se reciban, así sea orales. Lo mismo los reportes de los urocultivos también se ven alterados en los pacientes que incluso tengan infecciones, pueden salir negativos. Tal es el caso de la señora. La señora hace un deterioro progresivo, en la tarde tuve la oportunidad de hablar con la madre y con la paciente, reinterrogué a la paciente, ella no cambió su historia, no tenía antecedentes diferentes, siempre fue un cuadro bastante inespecífico de sintomatología, siempre teníamos como marcador de infección síntomas urinarios. En vista de eso, se inició desde el día anterior, un tratamiento con antibiótico. PREGUNTADO: ¿Qué quiso decir como médico tratante de la señora MARYORI LEON al consignar en la historia clínica que hay una insuficiencia respiratoria tipo 2, secundaria a sobrecarga hídrica (edema pulmonar importante)? RESPONDE: La sobrecarga hídrica es una impresión diagnóstica. Cuando uno hace un diagnóstico no lo hace como confirmado sino presuntivo. Uno utiliza el término de sobrecarga hídrica cuando esta hablando en el contexto de una paciente*

⁵⁴ Audiencia de Pruebas Sesión 1



que tiene una infección urinaria, se habla de un 3 espacio que esta creado por la misma reacción, y la misma liberación de exitoquinas que puede alterar la dinámica circulatoria en estos pacientes. Es una paciente que se deteriora rápidamente, desde el momento que llega y a pesar de que se le hace reanimación hídrica, la paciente no mejora. A pesar de que la paciente clínicamente se ve hidratada, sus paraclínicos muestran algo completamente diferente, lo cual sucede en aproximadamente en un 30% de los pacientes que tienen procesos infecciosos, a pesar de que usted haga una reanimación hídrica y vea los pacientes hidratados, igual van a hacer un 3 espacio porque la respuesta al proceso infeccioso fue una respuesta exagerada por una liberación de exitoquinas o del proceso infeccioso de manera exagerada. En este caso tuve la oportunidad de leer todo lo que estaba en la parte de la demanda, el término de sobrecarga hídrica fue mal interpretado, en vista de que si hacemos el conteo de líquidos que la paciente recibió, fue adecuado para el proceso infeccioso y el peso que tenía la señora. La señora estaba formulada 2 mililitros por kilo de peso por hora, entonces desde ese punto de vista la paciente nunca fue sobrecargada ya que los requerimientos basales de cualquier paciente en un contexto de infección, puede ir desde 25 hasta 50 cc por kilo por día, estamos hablando de que perfectamente un paciente en el contexto de un proceso infeccioso como el que tenía esta señora, puede recibir máximo 50 mililitros por kilo por hora. Un paciente de 60 kilos podría recibir hasta 300 mililitros, casi media bolsa de solución salina por hora, sin llegar a sobrecargarlo, sino para llegar a ser una reanimación hídrica óptima y adecuada, que fue lo que sucedió con esta paciente, más no hubo sobrecarga. PREGUNTADO: Es decir que, ¿si hay un tope para lo que yo puedo administrar?. RESPONDE: En medicina lastimosamente 1+1 nunca es 2, porque cada paciente tiene una respuesta individualizada a los procesos patológicos. Me explico y le pongo un ejemplo. Yo puedo tener un paciente hipertenso y yo tengo una guía de manejo para hipertensión, esta es una de las enfermedades más comunes en nuestro medio. La guía me dice que yo le puedo iniciar medicamentos con losartan que es un medicamento muy común que le beneficia casi al 90% de la población, pero resulta que al otro 10% que es muy poco, no le va a beneficiar porque son pacientes que pueden presentar intolerancia a los medicamentos. Hay otro grupo de medicamentos que se llama calci antagonistas, que en el 80% le va muy bien pero al 20% podemos generar edemas de miembros inferiores. En el caso de los líquidos, hay un tope, no, no lo hay, porque podemos tener un paciente que después de una recarga hídrica muy juiciosa puede seguir requiriendo la misma cantidad de



líquidos, uno hace un cálculo inicial pero el paciente evoluciona minuta a minuto durante su estancia, yo puedo tener pacientes que en la mañana están muy bien, pero en la tarde pueden hacer un deterioro neurológico o respiratorio. Algo similar sucede con la paciente que tuvo un proceso infeccioso en la cual hizo deterioro respiratorio que fue rápidamente progresivo porque yo la vi en la mañana y a las 10 de la noche la misma ya requiere soporte ventilatorio pero la misma no lo resistió. De hecho, hay que tener en cuenta que cuando tenemos gérmenes bastante agresivos, podemos tener una respuesta inflamatoria exagerada, que a veces puede ser más agresiva que el proceso infeccioso. Se concede el uso de la palabra a la apoderada del HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA. PREGUNTADO: Manifiéstele al Despacho ¿hubo o no sobrecarga hídrica en la paciente MARYORI LEO BETANCOURT?. RESPONDE: revisando la historia clínica no hubo sobrecarga hídrica, la paciente tenía un gasto urinario presente, en las notas de enfermería se evidencia ello, la falla respiratoria fue la creación de un 3 espacio a nivel pulmonar dada por la respuesta a la sepsis, por el mismo proceso infeccioso con el que la paciente cursaba. No hubo sobrecarga hídrica porque no hubo manejo de líquidos por encima del peso calculado para esa paciente en ese momento. A pesar de que la paciente tuviera mucosas ya no secas sino hidratadas, y ya tuviera una mejor tensión, la paciente no recibió más líquidos de los que ella requería. Recibió los líquidos necesarios para el proceso infeccioso que tenía. PREGUNTADO: Manifiéstele al despacho si ¿hubo edema pulmonar y si fue cardiogénico o a qué se debió?. RESPONDE: El edema no es cardiogénico, la paciente negó desde el ingreso que tuviera una patología previa desde el punto de vista cardiaco, tampoco tenía una enfermedad renal que pudiera causar una alteración. Sin embargo, al revisar la historia clínica, la paciente se deteriora muy rápidamente, muy posiblemente lo que estuvo causando fue una respuesta a la sepsis por un shock séptico por un daño multiorgánico. Es decir, ella tuvo compromiso renal y posiblemente tuvo una miocardiopatía séptica secundaria a su proceso infeccioso que fue rápidamente progresivo. PREGUNTADO: ¿A la paciente MARYORI LEON BETANCOURT se le aplicó farmacoterapia o se le dieron antibióticos de amplio espectro?. RESPONDE: A su ingreso se le inició terapia antibiótica de acuerdo a los síntomas y a los valores y sus resultados. La terapia antibiótica cambia cuando vemos que la respuesta inicial después de 4 dosis de antibiótico no es adecuada y la que esperamos y por el compromiso y el rápido deterioro que la paciente hizo, lo que nos hizo sospechar que la paciente estaba cursando con una enfermedad o con un proceso infeccioso



severo y por eso en ese momento se solicita UCI para garantizarle una monitorización mas individualizada y un control estricto de todas sus variables hemodinámicas. PREGUNTADO: Cuando ingresa la señora MARYORIE al Hospital, ella dice que fue atendida previamente en el Hospital San Francisco hoy USI, ¿usted recuerda por qué razón la paciente refiere haber estado allí?. RESPONDE: De acuerdo a lo que está consignado en la historia al momento de su ingreso, la paciente refería que había tenido un diagnóstico de infección de vías urinarias y que había sido tratada de forma ambulatoria con antibióticos orales. Al momento de la valoración ni ella ni su acompañante recordaban el nombre. En este momento se concede el uso de la palabra al apoderado de la parte demandante. PREGUNTADO: ¿La impresión diagnóstica de que la deficiencia respiratoria fue secundaria a una sobrecarga hídrica estuvo equivocada?. RESPONDE: Fue malinterpretada. Cuando hablamos de sobrecarga o de una insuficiencia respiratoria tal y como lo dice la nota, podemos tener múltiples causas. En este caso lo que yo estaba sospechando era la creación de un tercer espacio secundario a su proceso séptico. En el contexto de una paciente con un proceso infeccioso con un deterioro respiratorio estamos hablando de la formación de un tercer espacio en una paciente que ha requerido manejo hídrico para tener una reanimación adecuada y mantener sus constantes vitales, así como una perfusión tanto cerebral como renal dentro de valores adecuados. Si yo no tengo una tensión arterial que me garantice una buena perfusión cerebral y renal voy a tener que esa persona por la falta de líquidos o por falta de perfusión de líquidos endovenosos de forma adecuada, la puedo llevar a que se deteriore más rápidamente. Eso fue lo que se hizo con la señora MARYORI, una reanimación para mantener sus constantes vitales, cuando yo escribo la palabra sobrecarga hídrica estoy manifestando que estoy sospechando la formación de un tercer espacio a nivel pulmonar que me este justificando esa falla ventilatoria en vista de que la paciente desde su ingreso no tenía síntomas respiratorios ni previos ni antes del ingreso. Se concede el uso de la palabra al apoderado de la USI. PREGUNTADO: ¿Usted puede describir cómo se hizo el control del gasto urinario de la paciente?. RESPONDE: La paciente tenía control de esfínteres. La paciente al momento del ingreso, el día 30, no tenía deterioro neurológico. La paciente estaba haciendo un conteo. Ella avisaba cuando tenía que hacer su micción. Y la sonda vesical se coloca cuando ella se deteriora para hacer un control mas estricto de su diuresis. La paciente hacía un conteo cada vez que iba al baño y de hecho el conteo urinario estaba adecuado. Tenía diuresis presente al momento del ingreso. Ya el 1 se cambia



a un control estricto con una sonda. La paciente empieza a presentar deterioro de la diuresis cuando empieza hacer su proceso ventilatorio, pero no antes.

- Interrogatorio de parte de OLGA MARGOTH LEON BETANCOURTH⁵⁵.
“PREGUNTADO: Sírvase manifestar al Despacho ¿qué tipo de vinculación tenía para con Salud Vida EPS la señora MARYORI LEON BETANCOURT?. RESPONDE: Ella estaba afiliada al régimen subsidiado. PREGUNTADO: ¿Conoce el año de su vinculación a la EPS?. RESPONDE: No. PREGUNTADO: ¿Usted la acompañó a la USI San Francisco en los hechos que se observan en la demanda?. RESPONDE: Si señor. PREGUNTADO: ¿Por qué acudieron a la USI San Francisco y no al Hospital Federico Lleras Acosta, directamente?. RESPONDE: El marido dijo que fuéramos allá y llegamos allá y allá fue donde nos atendieron. PREGUNTADO: Al momento en que usted ingresa al San Francisco, ¿hay algún tipo de obstáculo en la atención? RESPONDE: No. Digamos que la atienden. El obstáculo que sí hubo fue que se demoraron mucho para atenderla. Nos dejaron mucho tiempo afuera y ella se sentía muy mal. Siempre estuvo sentada en una silla y se doblaba del dolor abdominal que tenía. PREGUNTADO: ¿Puede decir si por parte del San Francisco, le manifestaron que ella no se encontraba vinculada o que por estar vinculada a Salud Vida no le iban a prestar el servicio?. RESPONDE: No. Solo que tocaba esperar porque había mucha gente para atender.”
- Interrogatorio de parte de NIDIA EDITH LEON BETANCOURTH⁵⁶.
“PREGUNTADO: Dígale al Despacho si, ¿conocía si su hermana padecía algún tipo de enfermedad crónica o que la afligiera de manera regular?. RESPONDE: No señor. Ella estaba muy bien de salud, hasta el momento en que llegó con dolor de estómago. PREGUNTADO: Dígale al Despacho si ¿usted acompañó a su hermana el día que en la demanda refieren visitaron el Hospital San Francisco y el Federico Lleras?. RESPONDE: La noche que se enfermó ella estuvo con el esposo, yo ese día no me encontraba porque estaba trabajando.”
- Interrogatorio de parte de WILSON ALBERTO LEON BETANCOURT⁵⁷.
“PREGUNTADO: Informe al Despacho si usted ¿convivía de manera

⁵⁵ Audiencia de pruebas sesión 2

⁵⁶ Ibidem

⁵⁷ Ibidem



permanente con la señora MARYORI LEON BETANCOURT?. RESPONDE: Somos hermanos, pero cuando yo cumplí 16 años ella quiso hacer su hogar y yo seguí viviendo con mi papá. PREGUNTADO: Infórmele al Despacho si ¿usted estuvo presente el 16 de agosto de 2015 cuando a ella la llevaron a la USI San Francisco?. RESPONDE: No. Estaba trabajando. PREGUNTADO: Y el día 30 de agosto de 2015 cuando fue llevada al Hospital Federico Lleras, ¿estuvo con ella?. RESPONDE: No. PREGUNTADO: ¿Conoce usted si ella padecía algún tipo de enfermedad crónica o refería malestar que le produjera un perjuicio regularmente?. RESPONDE. No.”

- Interrogatorio de parte de PEDRO PABLO LEON LOPEZ⁵⁸: *“PREGUNTADO Dígame al Despacho si ¿usted convivía con su hija en la misma casa?. RESPONDE: No. Es que yo soy su hermano no su padre. PREGUNTADO: ¿usted como hermano tenía cercanía a MARYORI y ella le comentó que padeciera alguna enfermedad crónica?. RESPONDE: No. Ella no sufría de enfermedades crónicas ni de algo parecido. PREGUNTADO: ¿Usted estuvo presente el 16 de agosto de 2015 cuando a ella la llevaron a la USI San Francisco?. RESPONDE: No. PREGUNTADO: ¿Y el día 30 de agosto de 2015 cuando fue llevada al Hospital Federico Lleras, estuvo con ella?. RESPONDE: Si. PREGUNTADO: Cuando usted la acompañó ¿estuvo en el momento del ingreso al servicio de urgencias?. RESPONDE: Si señor, la subieron a una camilla y la dejaron al lado de una puerta. PREGUNTADO: ¿Pero el acceso a los servicios de salud se tardó más de un día?. RESPONDE: Si. PREGUNTADO: ¿Ella duró más de un día en la camilla?. RESPONDE: Si, duró 5 días. PREGUNTADO: ¿Para el ingreso a urgencias?. RESPONDE: Si señor. PREGUNTADO: ¿5 días para ingresar al servicio de urgencias?. RESPONDE: Si.”*
- Interrogatorio de parte de JOSE ANTONIO LEON LOPEZ⁵⁹ *“PREGUNTADO: ¿Usted dentro de la relación que sostuvo con la señora MARYORI conocía que padeciera alguna enfermedad crónica?. RESPONDE: No. A mi hermana siempre la vi muy alentada. PREGUNTADO: ¿Usted estuvo presente el 16 de agosto de 2015 cuando a ella la llevaron a la USI San Francisco?. RESPONDE: No. Yo no estaba aquí en Ibagué PREGUNTADO: ¿Y el día 30 de agosto de 2015 cuando fue llevada al Hospital Federico Lleras, estuvo con ella?. RESPONDE: Yo llegué de la finca el día que ella falleció al Hospital Federico Lleras.*

⁵⁸ Ibidem

⁵⁹ Ibidem



- Interrogatorio de MARIA EDITH BETANCOURT GARCIA⁶⁰ “PREGUNTADO: ¿Conocía usted si su hija tenía alguna afectación crónica u enfermedad que le ocasionara alguna dependencia a algún tipo de tratamiento o que regularmente tuviera que asistir a la EPS a requerir servicios médicos?. RESPONDE: Solo mantenía con mucho dolor de cabeza. De eso siempre se quejaba. De resto no. Era una persona joven y muy alentada. PREGUNTADO: ¿Usted estuvo presente el 16 de agosto de 2015 cuando a ella la llevaron a la USI San Francisco?. RESPONDE: No. PREGUNTADO: ¿Conoce usted quiénes la acompañaron o la llevaron a ella?. RESPONDE: Fue el esposo. PREGUNTADO: ¿Y el día 30 de agosto de 2015 cuando fue llevada al Hospital Federico Lleras, estuvo con ella?. RESPONDE: Sí yo estaba ahí. PREGUNTADO: ¿Hubo barreras para acceder a los servicios de salud?. RESPONDE: Llegamos y como que no había atención. Ella duró casi un día y el resto del otro día ahí en una silla y no había atención para ella. A lo último ella estaba muy cansada y le tendimos algo en el suelo porque no había ni camas, el uno le tiraba la pelota al otro, no había ninguna atención era muy sorprendente. PREGUNTADO: ¿La señora MARYORI LEON duró 5 días para ingresar al servicio de urgencias?. RESPONDE: No. Ella llegó primero al San Francisco y después volvió otras y después al Federico y allá falleció. PREGUNTADO: Usted refiere que la acompañó a ella el día 30 de agosto al Federico Lleras, ¿sabe si a ella se le negó la atención porque Salud Vida no tenía contrato con esa EPS?. RESPONDE: No. PREGUNTADO: ¿Siempre se le atendió?. RESPONDE: Si.”
- Solicitud de referencia y contrarreferencia procedente del Hospital Federico Lleras Acosta de la ciudad, en relación con la solicitud de una ambulancia medicalizada para la señora MARYORI LEON BETANCOURT, a efectos de ser remitida a una UCI ante la ausencia de una cama disponible en dicha entidad, con fecha y hora del 1º de septiembre de 2015 a las 17:04 horas, habiéndose consignado que a las 17:45 horas del mismo día SALUD VIDA inicia trámite, pese a lo cual, el mismo fue cancelado debido al deceso de la paciente esa misma noche.⁶¹

⁶⁰ Ibidem

⁶¹ No. 036 del Cuad. Ppal.



6. CASO CONCRETO

Efectuadas las anteriores precisiones y relacionado el material probatorio obrante en el expediente, corresponde al Despacho verificar si en el asunto *sub examine* se estructuran o no los presupuestos necesarios para que se configure la responsabilidad del Estado, esto es, la **1)** La existencia de un daño antijurídico; **2)** Que le sea imputable al Estado (imputabilidad) y, **3)** Que haya sido producido por una acción u omisión de una entidad pública o de alguno de sus agentes (causalidad).

6.1 El daño

Tanto la doctrina como la jurisprudencia han coincidido en que el primer elemento de la responsabilidad lo constituye el daño, a tal punto que su inexistencia o la ausencia de prueba sobre su existencia, hace inocuo el estudio de los demás elementos de la responsabilidad, como son el título de imputación y el nexo de causalidad entre el daño y la actuación estatal⁶².

El daño antijurídico ha sido definido por la jurisprudencia como la afectación, menoscabo, lesión o perturbación a la esfera personal (carga anormal para el ejercicio de un derecho o de alguna de las libertades cuando se trata de persona natural), a la esfera de actividad de una persona jurídica (carga anormal para el ejercicio de ciertas libertades), o a la esfera patrimonial (bienes e intereses), que no es soportable por quien lo padece bien porque es irrazonable, o porque no se compadece con la afirmación de interés general alguno.⁶³

Con el certificado de defunción de la señora MARYORI LEON BETANCOURT (Q.E.P.D.)⁶⁴, quedó probada su muerte, lo que, de conformidad con las circunstancias alegadas en la demanda puede considerarse como el daño cuya imputación será analizada a continuación.

⁶² Consejo De Estado, Sala De Lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, C.P. Dr. ALIER EDUARDO HERNANDEZ ENRIQUEZ, proferida el 8 de junio de 2006, en la Radicación número: 08001-23-31-000-1988-05057-01(15091), Actor: JAIME ELIAS MUVDI ABUFHELE.

⁶³ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera; CP. Jaime Orlando Santofimio Gamboa, proferida el 10 de agosto de 2010; Exp. 23001-23-31-000-2008-00281-01 (51167)

⁶⁴ Fl. 11 del Cuad. Ppal. Tomo 1



6.2. Imputabilidad del daño a las Entidades demandadas - Nexa causal.

La imputación no es otra cosa que la atribución fáctica y jurídica que del daño antijurídico se hace al Estado de acuerdo con los criterios que se elaboren para ello, como por ejemplo la falla del servicio, el desequilibrio de las cargas públicas, la concreción de un riesgo excepcional, o cualquiera otro que permita hacer la atribución en el caso concreto.

Dentro del presente asunto, la parte actora solicita que se declare de forma solidaria, la responsabilidad del HOSPITAL SAN FRANCISCO E.S.E. DE IBAGUE hoy UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE y el HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA E.S.E. DE IBAGUE., respectivamente, con fundamento en que tales instituciones de salud, **incurrieron presuntamente en las siguientes fallas del servicio:**

- **El Hospital San Francisco ESE hoy Unidad de Salud de Ibagué**, incurrió presuntamente en la falla del servicio médico **por omisión**, consistente en que no adoptó las medidas necesarias para prevenir la deshidratación en la paciente y hoy fallecida MARYORI LEON BETANCOURT (Q.D.P.D), durante el tiempo que la misma permaneció en sus instalaciones, así como tampoco le recomendó a la misma que en casa, debía estar permanentemente hidratada.
- **El Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué**, incurrió presuntamente en la falla del servicio médico bajo dos supuestos: a) **Por acción**, al haber iniciado un proceso de hidratación en la paciente y hoy fallecida MARYORI LEON BETANCOURT (Q.D.P.D.), de forma ininterrumpida y descontrolada, lo cual aduce, le ocasionó un edema pulmonar que no fue tratado y b) **Por omisión**, al no haber trasladado a la fallecida MARYORI LEON BETANCOURT (Q.D.P.D.) a una UCI, a pesar de que ello fue requerido por la misma.

Finalmente, ha de indicarse que se solicita la declaratoria de responsabilidad en este asunto también, de **SALUDVIDA EPS**, bajo el argumento de la existencia de una responsabilidad solidaria entre la EPS y las IPS, al amparo de lo que se refiere, ha sido señalado por la jurisprudencia.

Ahora bien, teniendo en cuenta que se formulan diversos reproches por parte del extremo demandante a fin de lograr desencadenar la responsabilidad



extracontractual de los entes accionados, el Despacho analizará cada uno de ellos de forma independiente.

Como se indicó párrafos atrás, al **Hospital San Francisco ESE hoy Unidad de Salud de Ibagué**, se le endilga por la parte demandante la incursión en una falla del servicio por omisión, cimentada en la presunta falta de adopción de aquellas medidas que hubieran evitado la deshidratación que se indica, fue presentada por la señora MARYORI LEON BETANCOURT al llegar al Hospital Federico Lleras Acosta de esta ciudad.

Desde ya habrá de indicar el Despacho que según puede colegirse de las anotaciones efectuadas al interior de la historia clínica de la paciente MARYORI LEON BETANCOURT, procedente del Hospital San Francisco ESE hoy Unidad de Salud de Ibagué, durante el lapso comprendido entre el 27 y el 29 de agosto de 2015, ningún registro reposa frente a que la misma hubiera presentado signos de deshidratación; por el contrario, en las anotaciones realizadas en esos días se consignó o bien que la misma se encontraba hidratada o que no presentaba signos de deshidratación.

En efecto, durante la atención inicial en salud brindada a la señora LEON BETANCOURT (Q.E.P.D) en el área de urgencias el día **27 de agosto de 2015 a las 9:14 a.m.**, se consignó que el motivo de consulta de la misma se debía a que desde el día anterior, presentaba dolor en el hombro y en el antebrazo izquierdo asociado a chikunguña iniciados 2 meses atrás, al que se adicionaba recientemente un dolor grado leve en el hemiabdomen. Se resalta, por la profesional encargada de dicha atención, doctora JENNY SHIRLEY VERJAN RAMIREZ al momento de adelantar el examen físico que *“la paciente se encontraba en buen estado general, sin evidencia de signos de deshidratación...no signos de dificultad respiratoria.”*⁶⁵

Para ese momento y según lo registrado en la reseñada historia clínica, la profesional tratante sospechaba que la paciente persistía con cuadro de chikunguña y de dolor abdominal de probable etiología de cálculos biliares, por lo que administra dosis única de analgesia y solicita la práctica de una ecografía abdominal total⁶⁶.

⁶⁵ Fl. 25 del Cuad. Ppal. Tomo 1

⁶⁶ Ibidem.



Al día siguiente, la señora LEON BETANCOURT reconsulta el servicio de urgencias, porque además de la persistencia e incremento de los síntomas anotados el día anterior, presenta un episodio de vómito. Al examen físico, el galeno tratante Dr. EDWIN REINALDO CALDERON ALARCON, indicó que la paciente se encontraba en *“aparentes buenas condiciones generales, sin signos de dificultad respiratoria, afebril al tacto e Hidratada...”*⁶⁷, para ese momento, dicho profesional considera que el cuadro clínico presentado por la paciente era compatible con coleditiasis, por lo que le prescribe nuevamente dosis de analgesia, le indica signos de alarga y le requiere la toma de la ecografía ordenada en la consulta del día anterior, para definir conducta.⁶⁸

Igualmente, aparece acreditado que al día siguiente, esto es, el 29 de agosto de 2015, siendo aproximadamente las 2:00 p.m., la paciente reconsulta por el servicio de urgencias, al presentar debilidad y persistencia de leve dolor abdominal, por lo que el profesional de turno que le brinda la atención médica ese día, Dr. CESAR RICARDO MARTINEZ RAMOS, solicita hemograma y glicemia, consignando al examen físico que, se trata de una paciente *“...en aceptable estado general, estable hemodinámicamente y ventilatoriamente...lengua húmeda, orofaringe normal...no síndrome de dificultad respiratoria...no ha traído la ecografía abdominal solicitada desde hace 2 días...”*⁶⁹

Según se colige de la historia clínica, la paciente permaneció en el servicio de urgencias del Hospital San Francisco de Ibagué hoy Unidad de Salud de Ibagué, hasta las 8:00 p.m. aproximadamente del día 29 de agosto de 2015, cuando el Dr. DAVID ENRIQUE CRUZ AREVALO, le da el alta, luego de analizar los resultados de los exámenes de laboratorio practicados, los cuales evidenciaron *“...probable cuadro de infección urinaria, tiene pendiente resultado de ecografía abdominal total para descartar coleditiasis, se considera cuadro de infección urinaria y como la paciente en el momento se encuentra hemodinámicamente estable y sin signos de respuesta sistémica, se decide iniciar el manejo con cubrimiento antibiótico más analgesia...”*⁷⁰

Ha de resaltarse que según las anotaciones verificadas en la precitada historia clínica, durante el tiempo que la paciente permaneció en el área de urgencias del

⁶⁷ Fl. 28 del Cuad. Ppal. Tomo 1

⁶⁸ Ibidem

⁶⁹ Fl. 31 del Cuad. Ppal. Tomo 1

⁷⁰ Fl. 37 del Cuad. Ppal. Tomo 1.



Hospital san Francisco, el día 29 de agosto, fue revalorada a las 4:56 pm., consignándose frente a su estado, que se encontraba en aceptable estado general, estable hemodinámica y ventilatoriamente, encontrándose al examen físico con lengua húmeda y sin dificultad respiratoria.⁷¹

Así las cosas, del anterior recuento fáctico puede concluir el Despacho que, conforme a las valoraciones y atenciones médicas brindadas a la señora LEON BETANCOURT (Q.E.P.D), en el Hospital San Francisco de Ibagué hoy Unidad de Salud de la misma ciudad, durante los días 27, 28 y 29 de agosto de 2015, los galenos tratantes no evidenciaron en ella signos de deshidratación, lo cual, es corroborado por el informe rendido por el gerente del Hospital San Francisco⁷² en el cual se indicó entre otras, que la usuaria y hoy fallecida “...*nunca presentó síntomas de deshidratación, mientras recibió atención médica por parte del Hospital san Francisco...*”, por lo que mal haría este Despacho en aseverar lo contrario, como lo pretende el extremo actor, más cuando no aportó prueba alguna que desvirtuara lo consignado al respecto tanto en la ya aludida historia clínica, como en el reseñado informe.

Por tanto, habrá de indicarse que no está llamada a prosperar la pretensión invocada en la demanda, orientada a la declaratoria de responsabilidad de la precitada entidad de salud, puesto que como ha quedado plenamente evidenciado, la falla que se le pretendía endilgar, no fue acreditada.

Ahora bien, en cuanto se refiere a los reproches formulados en contra del Hospital Federico Lleras Acosta de esta ciudad, pasará el Despacho a efectuar las siguientes acotaciones.

Aduce la parte demandante, que el **Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué**, incurrió presuntamente en una falla del servicio médico tanto por **acción como por omisión**, consistente la primera en haber iniciado un proceso de hidratación en la paciente y hoy fallecida MARYORI LEON BETANCOURT (Q.D.P.D.), de forma ininterrumpida y descontrolada, lo cual aduce, le ocasionó un edema pulmonar que no fue tratado y que fue determinante en el deterioro progresivo del estado de salud de aquella y que finalmente, condujo a su muerte y, la segunda, en no haber gestionado y garantizado debidamente su traslado a una UCI.

⁷¹ Fl. 33 del Cuad. Ppal. Tomo 1

⁷² Fls. 12 a 15 del Cuad. Pruebas Dda -Salud Vida.



Al respecto, sea lo primero indicar que, según las pruebas obrantes al interior de esta actuación procesal, la muerte de la señora MARYORI LEON BETANCOURT (Q.E.P.D.), se produjo como consecuencia de un proceso infeccioso severo, que dado su rápido progreso, sumado a lo inespecífico de la sintomatología presentada por aquella, impidió establecer su etiología y generó un deterioro inminente y progresivo de su estado de salud, ocasionándole la muerte en tan solo 5 días contados a partir de la iniciación de la presentación de síntomas, dentro de los cuales, acreditado se encuentra, que recibió de forma ininterrumpida atención médica y hospitalaria de parte de los entes accionados.

En efecto, en el análisis del caso de la señora LEON BETANCOURT⁷³ que efectuara el doctor ANTONIO JOSE OVIEDO LEONEL, especialista en medicina interna y vinculado al servicio del Hospital Federico Lleras Acosta de la ciudad indicó que la misma “...***cursaba con cuadro agudo probablemente de origen infeccioso (fiebre), lo más probable origen viral o bacteriano, con rápida progresión a compromiso de múltiples órganos pulmones con compromiso de SDRA, riñones compromiso de insuficiencia renal aguda, compromiso hematológico (aumento de TP y TPT), que no dio lugar dada su rapidez a conocer la causa de la infección (germen) y que progreso rápidamente a compromiso multiorgánico que lleva a un rápido deterioro de la salud de la paciente y la muerte***”.

En el mismo sentido, el doctor JULIO IVAN MENJURA RONDON al interior de su experticia⁷⁴ y en relación con el deceso de la señora LEON BETANCOURT sostuvo: “...***la paciente no murió a consecuencia de una sobrecarga hídrica sino como consecuencia de un proceso infeccioso severo del cual no se pudo identificar su etiología dada la evolución aguda del caso...paciente joven con síntomas bizarros a su ingreso, la cual presentó un deterioro clínico progresivo que se comporta como un proceso infeccioso de etiología no clara que la llevó a una disfunción orgánica múltiple, falla multiorgánica y muerte.***”

Ahora bien, efectuada la anterior precisión de vital importancia como ya se verá, en relación con la causa del deceso de la señora MARYORI LEON BETANCOURT, que difiere de la hipótesis planteada por la parte demandante, pasará el Despacho a establecer si efectivamente, en su caso, el Hospital Federico Lleras Acosta inició

⁷³ No. 008 Cd Folio 469 Parte 2

⁷⁴ Cuad. Dictamen Pericial HFLLA



un proceso de hidratación de forma descontrolada y en caso afirmativo, si ello le ocasionó a la precitada paciente, el edema pulmonar al que se alude en la demanda.

Ciertamente, hay evidencia al interior de este expediente de que para el momento de su arribo al Hospital Federico Lleras Acosta, el diagnóstico principal inicial emitido en el caso de la señora MARYORI LEON BETANCOURT, fue el de síndrome icterico a estudio, pues así quedó registrado en la transcripción de su historia clínica⁷⁵; puede indicarse también, que la misma recibió una atención inicial en el área de urgencias de dicha institución, a la 1:15 a.m. del día 30 de agosto de 2015, consignándose que llevaba con un cuadro clínico de un día de evolución, consistente en mareo, náuseas, sudoración, emesis, disnea y dolor torácico leve, entre otros, presentando mucosa oral seca, ordenándose como conducta a seguir: “...*Observación, líquidos endovenosos, paraclínicos y valoración por medicina interna*”.⁷⁶

Aparece registrado a continuación que, a las 7:30 a.m. de ese mismo día, se consigna en el acápite de análisis al interior del reseñada documental, que se trata de una paciente en regulares condiciones generales, estableciendo como plan en su caso, la hidratación y la toma de un urocultivo y antibiograma, en razón a que tenía un diagnóstico previo de IVU⁷⁷; a las 9:00 am del mismo día, una nueva doctora consigna en la precitada historia clínica que la paciente se encuentra hidratada.

La siguiente anotación que se evidencia en la historia clínica de la señora LEON BETANCOURT (Q.E.P.D.), según la transcripción aquí aportada, data del 30 de agosto de 2015 a las 3:15 p.m, según la cual, el reporte de la ecografía hepatobiliar practicada a la misma arrojó como resultado colecistitis acalculosa y el cuadro clínico evidenció leucocitosis y neutrofilia y posteriormente, de las 9:00 am del día siguiente, esto es, del 31 de agosto, consignándose en su evolución por medicina interna que se trata de una paciente hidratada, afebril con diagnóstico de pielonefritis aguda y colecistitis acalculosa.

Ahora bien, es en la anotación del día 1º de septiembre de 2015 a las 7:34 a.m., día del deceso de la señora LEON BETANCOURT, efectuada por el área de medicina interna, en donde se consigna como diagnóstico por la profesional en la salud, Dra. ZULLY CHAPARRO, que la señora MARYORI “...**presenta insuficiencia respiratoria tipo II secundaria a sobrecarga hídrica (edema pulmonar**

⁷⁵ Fls. 63 y ss del Cuad. Ppal. 1

⁷⁶ Fl. 64 del Cuad. Ppal. Tomo 1

⁷⁷ Ibidem.



importante)⁷⁸ y es justamente a partir de dicha anotación que la parte demandante edifica la configuración presunta de una falla en el servicio por omisión al Hospital indicado, por cuanto considera que dicho registro significa que ese edema pulmonar con el que se diagnosticó la paciente, fue ocasionado por una hidratación desordenada e ilimitada administrada por el Hospital Federico Lleras Acosta a la paciente, a partir de los líquidos endovenosos suministrados.

La misma profesional realiza una valoración posterior de la paciente, concretamente, a las 4:00 p.m.⁷⁹, indicando que conforme a una placa de tórax, la señora LEON BETANCOURT (Q.E.P.D.), presenta un derrame pleural en campo pulmonar derecho y que debido a un alto riesgo de apnea, se encuentra pendiente una interconsulta a UCI.

A las 22:55 p.m., hay registro de que encontrándose la paciente en el área de urgencias requiere intubación orotraqueal, la cual se inicia a las 23:10 por el galeno de turno, Dr. EDGAR LEON, quien consigna que durante dicho procedimiento la misma presenta asistolia y a pesar del inicio de las maniobras avanzadas de RCP, fallece a las 23:55 p.m. de ese mismo día.⁸⁰

Efectuada la relación anterior en cuanto a la atención médica brindada a la paciente en el Hospital Federico Lleras Acosta de la ciudad, durante su permanencia allí por casi 2 días, y, atendiendo exclusivamente el reproche o comportamiento sobre el cual edifica la parte accionante la estructuración de la falla del servicio por acción que imputa al mentado Hospital, habrá de indicarse que, contrario a lo sostenido por dicho extremo procesal, la precitada anotación de manera alguna desencadena la responsabilidad extracontractual pretendida.

Y ello es así, porque durante el debate probatorio surtido dentro de este proceso, se logró establecer no solo que la paciente no presentó la sobrecarga hídrica mencionada, sino adicionalmente, que su deceso se debió principalmente al compromiso múltiple de sus órganos -deterioro rápido de los mismos- originado en un proceso infeccioso cuya etiología no fue posible establecer y no, por una falla respiratoria desencadenada por la supuesta sobrecarga hídrica que como pasará a exponerse, no se configuró.

⁷⁸ Fl. 66 del Cuad. Ppal. Tomo 1

⁷⁹ Fl. 67 del Cuad. Ppal. Tomo 1

⁸⁰ Ibidem.



Ciertamente, el especialista en medicina interna y perito Dr. JULIO IVAN MENJURA RONDON, fue enfático al indicar desde el inicio de su pericia que, a su juicio, y conforme a los datos consignados en la historia clínica de la paciente MARYORI LEON BETANCOURT, la misma no presentó sobrecarga hídrica ni edema pulmonar. Así lo indicó: *“No considero sobrecarga hídrica ni edema pulmonar de origen cardiogénico, dado que un paciente séptico presenta terceros espacios dada su condición patológica... Los terceros espacios consisten en el paso del líquido de los vasos sanguíneos hacía los tejidos, que pueden darse por la misma infección, por la pérdida de la presión de los vasos sanguíneos, todo esto secundario a un proceso infeccioso...”*⁸¹

Al referirse a dicho tópico durante la sustentación de su pericia en la audiencia de pruebas indicó que, en su criterio, la paciente no cursaba con un edema pulmonar cardiogénico ni con sobrecarga de volumen; contrario a lo anterior, afirmó que si presentaba una disfunción orgánica múltiple debido a que presentó compromiso renal, respiratorio, hematológico y metabólico de etiología no clara, que según lo manifestó, pudo ser causado por un proceso infeccioso severo cuyo origen no pudo ser determinado, debido a la rapidez con que evolucionó la enfermedad.

En el mismo sentido manifestó que lo que hubo en el caso de la señora LEON BETANCOURT (Q.D.E.D.), fue un intento de restitución del volumen de los vasos sanguíneos, es decir, tratar de mantener una tensión arterial y la perfusión en los órganos y tejidos, a partir del suministro de líquidos endovenosos, lo cual manifestó, era vital para el manejo de la paciente.

Corroborar lo anterior, el testimonio rendido por el especialista en medicina interna ANTONIO JOSE OVIEDO LEONEL, quien al absolver el interrogante relacionado a si consideraba que la paciente había presentado una sobrecarga hídrica indicó textualmente: *“No considero que haya sido la sobrecarga hídrica, porque ella fue una paciente que llegó deshidratada, entonces tocaba reanimarla con líquidos, para poder que la entrega de oxígeno a todos los tejidos fuera adecuada...”*

De igual forma, se cuenta con el informe rendido por la agente especial interventora del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué⁸² quien de manera acérrima aseveró que la señora LEON BETANCOURT *“...no tuvo sobrecarga hídrica dado el bajo volumen de administración de fluidos: 2400 cc/día,”* y que si bien presentó una

⁸¹ Cuad. Dictamen Pericial HFLLA

⁸² Fls. 1-5 del Cuad. Pruebas Parte Dda-SALUD VIDA EPS



dificultad respiratoria con sospecha de edema pulmonar, ello obedeció a la infección severa con que cursaba.

Por último, pero no menos importante, resulta el testimonio de la doctora ZULLY CHAPARRO, profesional que atendió a la señora MARYORI y que efectuó la anotación objeto de debate, quien indicó al rendir su versión que al consignar en la historia clínica de la misma el término sobrecarga hídrica, ello se hizo como una impresión diagnóstica, la cual obedece a una presunción y no a una confirmación; que en el caso concreto se hizo para referirse a la existencia de un tercer espacio como respuesta exagerada de su organismo al proceso infeccioso severo con el que cursaba y no al exceso de suministro de líquidos endovenosos, pues adujo que, la paciente *“estaba formulada 2 mililitros por kilo de peso por hora, entonces desde ese punto de vista la paciente nunca fue sobrecargada ya que los requerimientos basales de cualquier paciente en un contexto de infección, puede ir desde 25 hasta 50 cc por kilo por día, estamos hablando de que perfectamente un paciente en el contexto de un proceso infeccioso como el que tenía esta señora, puede recibir máximo 50 mililitros por kilo por hora...”* y que el conteo de líquidos que aquella recibió, absolutamente determinable a partir de las anotaciones efectuadas en su historia clínica permite colegir con total seguridad, que en su caso, el mismo resultó adecuado para el proceso infeccioso con el que cursaba y para su peso.

Concluyó su exposición dicha profesional, indicando que, el término por ella anotado de sobrecarga hídrica en la historia clínica, fue malinterpretado, pues lo que ella pretendió significar fue la sospecha de *“...la creación de un tercer espacio secundario a su proceso séptico. En el contexto de una paciente con un proceso infeccioso con un deterioro respiratorio estamos hablando de la formación de un tercer espacio en una paciente que ha requerido manejo hídrico para tener una reanimación adecuada y mantener sus constantes vitales, así como una perfusión tanto cerebral como renal dentro de valores adecuados.”*

Es así entonces, que puede concluir el Despacho con base en los distintos elementos probatorios aportados y/o recaudados de manera oportuna que, la sobrecarga hídrica a la que alude el extremo actor como resultante de una falla en el servicio médico imputable al Hospital Federico Lleras Acosta durante la atención brindada a la paciente MARYORI LEON BETANCOURT (Q.E.P.D.), respecto de la cual por demás no aportó prueba alguna que respaldara su argumentación, no se configuró.



Ahora bien, como se anunció desde párrafos atrás, el juicio de responsabilidad que pretendía el extremo actor se adelantara frente al Hospital Federico Lleras Acosta, no solamente se erigió sobre la supuesta sobrecarga hídrica, sino sobre la omisión de no haber trasladado a la señora LEON BETANCOURT (Q.E.P.D.), a una UCI a pesar de que la misma lo requería.

Sea lo primero mencionar que, de las anotaciones registradas en la historia clínica de la paciente -transcripción-, tanto en las notas médicas como en las de enfermería, se evidencia que solamente hasta el día 1º de septiembre de 2015, día en el que fallece la señora LEON BETANCOURT (Q.E.P.D.), se solicita la interconsulta por UCI.

En efecto, en el acápite de evolución médica⁸³ se consignó al respecto en anotación del 1º de septiembre de 2015 a las 4:00 p.m., “*pendiente interconsulta a UCI, alto riesgo de apnea*”, por parte de la doctora ZULLY CHAPARRO, mientras que en el acápite de evolución de enfermería⁸⁴ se evidencia la primera anotación en relación con el traslado a UCI de la paciente a las 4:40 p.m. del mismo día, al indicarse “*...pendiente traslado a UCI...*”, lo cual por demás evidencia concordancia y coherencia en los registros adelantados por los profesionales de la salud al interior de dicho Hospital.

En la misma evolución de enfermería se consignaron de forma posterior -a partir de las 8.00 p.m. del día 1º de septiembre de 2015-, varias anotaciones en relación con el traslado a UCI, quedando evidenciado que no había disponibilidad de camas y que en esa medida, debía gestionarse una remisión; sin embargo, la paciente fallece ese mismo día a las 11:55 p.m.

Frente a este asunto y en relación con la gestión adelantada por SALUD VIDA EPS, habrá de indicarse que reposa al interior de este expediente, la solicitud de referencia y contrarreferencia procedente del Hospital Federico Lleras Acosta de la ciudad, en relación con la solicitud de una ambulancia medicalizada para la señora MARYORI LEON BETANCOURT (Q.E.P.D.), a efectos de ser remitida a una UCI ante la ausencia de una cama disponible en dicha entidad, con fecha y hora del 1º de septiembre de 2015 a las 17:04 horas, habiéndose consignado que a las 17:45 horas

⁸³ Fl. 64 del Cuad. Ppal. Tomo 1

⁸⁴ Fl. 67 del Cuad. Ppal. Tomo 1,



del mismo día, SALUD VIDA inicia trámite, pese a lo cual, el mismo fue cancelado debido al deceso de la paciente esa misma noche.⁸⁵

Puestas de presentes así las cosas, no puede este Despacho concluir de lo probado al interior del proceso, que el Hospital Federico Lleras Acosta y la EPS aquí demandada, no gestionaron debida y oportunamente el traslado de la señora LEON BETANCOURTH (Q.E.P.S.), pues contrario a lo sostenido por el extremo activo, aparece demostrado que dadas las circunstancias particulares del caso, tales entidades obraron de forma oportuna y diligente.

Además, en este punto conviene precisar lo indicado al respecto por el doctor EDGAR LEON, médico tratante de la paciente, quien señaló de forma reiterada que si bien, la misma requería el traslado a la UCI, en el área de urgencias fue posible suministrarle la atención médica requerida, mientras ello se gestionaba, pero, su rápido deterioro impidió o torpedeó dicho proceso, puesto que durante el procedimiento adelantado para la intubación oro-traqueal, la misma presentó una asistolia que condujo a su deceso. Dicho galeno manifestó concretamente: *“...La vida de la paciente no dependía de la UCI en ese momento sino de su reacción de esta a la reanimación y podría haber estado ella con esa ventilación respiratoria mecánica en el servicio de urgencias...”*.

En consecuencia, de lo antes expuesto deberá concluir el Despacho entonces que la falla del servicio por omisión imputada al Hospital Federico Lleras Acosta de la ciudad, tampoco se configuró.

Así las cosas, no habiéndose demostrado la configuración de ninguna de las fallas del servicio que pretendía el extremo actor endilgar a los entes demandados, a efectos de desencadenar su responsabilidad en el presente asunto, no le queda más camino a esta instancia que denegar las pretensiones invocadas en el libelo genitor, no sin antes precisar también, de un lado, que como quiera que el juicio de reproche de la EPS accionada se efectuaba solamente en caso de que alguna de las IPS demandadas fuera declarada responsable, a título de solidaridad, dado que ello no ocurrió, el Despacho quedó relevado de cualquier análisis al respecto, y, de otro lado, que aunque en la demanda se solicita de forma subsidiaria la declaratoria de responsabilidad en este caso, por pérdida de oportunidad, ante lo infructuoso del análisis del caso bajo el título de imputación de falla del servicio, lo cierto es que dicha solicitud tampoco está llamada a prosperar, puesto que, aunque jurisprudencialmente

⁸⁵ No. 036 del Cuad. Ppal.



se ha establecido que la PERDIDA DE OPORTUNIDAD tiene aplicación en los casos de responsabilidad por actividad médica como en el asunto objeto de análisis, lo cierto es que en este caso no se demostró como le correspondía al extremo demandante, de forma científica, cuál era la posibilidad real de la señora MARYORI LEON BETANCOURT de recuperar su salud o preservar su vida, así como también, que esa expectativa real se viera frustrada por las acciones y/o omisiones erradas en la atención médica brindada por los demandados.

De hecho, no hay una sola prueba al interior del expediente que permita establecer que los procedimientos y la atención médica brindada a la señora LEON BETANCOURT (Q.E.P.D.), resultaron tardíos, ni menos aún, de que ello incidió en el curso de su enfermedad y/o en su deceso.

En conclusión, de conformidad con los razonamientos antes expuestos, las pretensiones de la demanda deberán ser despachadas desfavorablemente, puesto que el daño alegado y cuya reparación se pretendía obtener a través de la sentencia que decidiera el presente medio de control, no resulta atribuible ni fáctica ni jurídicamente a ninguna de las entidades accionadas, como quedó claramente evidenciado.

COSTAS

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 188 del C.P.A.C.A., salvo en los procesos donde se ventile un interés público, la sentencia dispondrá sobre la condena en costas, cuya liquidación y ejecución se regirán por las disposiciones del Código de Procedimiento Civil, hoy C.G.P.

A su turno, el artículo 365 del C.G.P., fija las reglas para la condena en costas, señalando en su núm. 1º que se condenará en costas a la parte vencida en el proceso.

Así las cosas, se condenará en costas procesales de esta instancia a la PARTE DEMANDANTE, siempre y cuando se hubieren causado y en la medida de su comprobación, incluyendo en la liquidación el equivalente a un (1) Salario Mínimo Legal Mensual Vigente por concepto de agencias en derecho a favor de cada una de las entidades demandadas, de conformidad con lo establecido en el Acuerdo No.



Rama Judicial

República de Colombia

PSAA16-10554 agosto 5 de 2016⁸⁶, expedido por el Consejo Superior de la Judicatura.

En mérito de lo expuesto el JUZGADO CUARTO ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO DE IBAGUÉ, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

R E S U E L V E:

PRIMERO: NEGAR las pretensiones de la demanda, conforme a los argumentos expuestos en la parte motiva de esta providencia.

SEGUNDO: CONDENAR en costas a la parte demandante por las razones expuestas con antelación, incluyendo como agencias en derecho la suma de un (1) Salario Mínimo Legal Mensual Vigente, a favor de cada una de las entidades demandadas. Por Secretaría liquídense.

TERCERO: ORDENAR la devolución de los remanentes que por gastos del proceso consignó la parte demandante, si los hubiere.

CUARTO: Aceptar la renuncia al poder otorgado, presentada por el abogado JUAN SEBASTIÁN DÍAZ CASTRO, quien se venía desempeñando como apoderado judicial de la EPS SALUDVIDA EN LIQUIDACION, conforme al memorial presentado, visto a folio 043 del cuaderno principal – expediente digitalizado.

QUINTO: En firme ésta providencia, archívese el expediente, previas constancias de rigor y anotaciones en el Sistema Informático Justicia Siglo XXI.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,

**SANDRA LILIANA SERENO CAICEDO
JUEZA**

⁸⁶ La demanda fue recibida en reparto el 16 de septiembre de 2016 – folio 229 del cuaderno principal – tomo I- expediente digitalizado-.



Rama Judicial

República de Colombia

Firmado Por:
Sandra Liliana Sereno Caicedo
Juez Circuito
Juzgado Administrativo
Oral 4
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: **3008313e281737851ef29e0015af866ff432a2403d2a5e2200609ef1bd085893**

Documento generado en 28/09/2022 01:26:42 PM

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