



**República de Colombia**  
**Rama Judicial**  
**JUZGADO PRIMERO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE**  
**SINCELEJO**  
**SUCRE**

Sincelejo, veintinueve (29) de mayo dos mil quince (2015)

Expediente número: 70001 33 31 001 **2013 00280 - 00**  
Demandante: JULIO SEGUNDO GARCIA PEREZ Y OTROS  
Demandado: CAJA DE PREVISION SOCIAL DE COMUNICACIONES  
“CAPRECOM EPS” y el HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL NUESTRA  
SEÑORA DE LAS MERCEDES DE COROZAL  
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

**SENTENCIA**

**Tema:**

Responsabilidad médica. Historia clínica demostró diligencia en la atención y cuidado brindados al paciente.

**I. ASUNTO**

Los señores Julio Segundo García Pérez, Nelba del Carmen Mendoza Pérez y Marelbis del Socorro Orozco Pérez, todos mayores de edad, por conducto de apoderado y en ejercicio de la acción consagrada en el artículo 140 del código de procedimiento administrativo y de lo contencioso administrativo, interpusieron demanda de reparación directa en contra de la Caja de Previsión Social de Comunicaciones “Caprecom EPS” , Hospital Regional de II Nivel Nuestra Señora de las Mercedes de Corozal; con el propósito de que se les declare administrativa, extracontractual y patrimonialmente responsables por los perjuicios causados como consecuencia del fallecimiento de la señora EDILMIRA TULIA PEREZ VIDES, por la presunta falla en la prestación del servicio médico en estas entidades.

**1. ANTECEDENTES**

**1.1 PRETENSIONES**

Son expuestas así en la demanda:

*“-Que se declare que el Hospital Regional de II Nivel Nuestra Señora de Las Mercedes de Corozal E.S.E. y CAPRECOM EPS son administrativa y solidariamente responsables de la totalidad de los daños y perjuicios (morales y materiales) ocasionados a los demandantes por el fallecimiento de la señora EDELMIRA TULIA PEREZ VIDES a raíz de la falla en la prestación del servicio médico prestado por los demandados.*

*-Que como consecuencia de la declaración anterior se condene a la ESE Hospital Regional de II Nivel Nuestra Señora de Las Mercedes de Corozal, y a la Caja de Previsión Social de Comunicaciones CAPRECOM EPS, a reconocer y pagar a favor de los demandantes el máximo que la jurisprudencia acoja al momento del fallo para que opere la reparación integral.*

**Perjuicios Materiales: \$2.000.000**

*Como daños y perjuicios materiales se entienden aquellos que afectan el patrimonio de las personas, los cuales modifican su situación pecuniaria. En este ítem se incluyen los valores por el daño por el daño emergente que correspondió a los gastos funerarios en que incurrieron los demandantes, en el sepelio de la señora Edelmira Tulia Pérez.*

**Perjuicios Inmateriales: \$176.850.000**

*Se entienden aquellos relacionados con la aflicción, tristeza, dolor y la congoja propias por la pérdida de un ser querido, un daño moral que no se tenía porque soportar, además se incluyen también los relacionados con el daño a la vida en relación, que hacen referencia a la modificación intempestiva de su estado de ánimo al tener que enfrentarse a la pérdida de un ser querido.*

*También sufrieron perjuicios morales: \$176.850.000*

*Establecido como se demuestra con la cedula de ciudadanía de la señora Edelmira Pérez Vides, registro civil de nacimiento de los demandantes que demuestran la relación de parentesco con quien sufrió el daño antijurídico, causado por la acción u omisión del estado.*

*Perjuicios morales que se pretenden sean indemnizados así:*

*A favor de Julio Segundo García Pérez, en su calidad de víctima directa por el fallecimiento de la señora Edelmira Pérez Vides, en ocasión de la falla en la prestación del servicio, la suma de 100 salarios mínimos legales.*

*A favor de Nelba del Carmen Mendoza Pérez, la suma de 100 salarios mínimos legales.*

*A favor de Marelbis del Socorro Orozco Pérez, la suma de 100 salarios mínimos legales.”*

## **1. 2.HECHOS**

Los demandantes enuncian los hechos en los que fundamentan su demanda, de la siguiente manera:

“**PRIMERO:** La señora EDELMIRA TULIA PEREZ VIDES (q.e.p.d) quien se identificaba en vida con la cédula de ciudadanía No. 23.018.362 de los Palmitos, estaba afiliada a la CAJA DE PREVISION SOCIAL DE COMUNICACIONES CAPRECOM EPS con el carnet No. 70418028027, en el Nivel I del Sisben. ( Se anexa copia del carnet de afiliación )

SEGUNDO: La señora EDELMIRA TULIA PEREZ VIDES (q.e.p.d), era atendida en sus controles médicos por las entidades que hacían parte de la RED de prestadores de servicios que tenía contratada CAPRECOM EPS para la atención de su población afiliada.

TERCERO: EL día 4 de septiembre de 2011 a las 11:20 a.m, la señora EDELMIRA TULIA PEREZ VIDES (q.e.p.d) ingresó remitida del centro de Salud de Los Palmitos, al servicio de urgencias del HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DE COROZAL ESE, en compañía de su hija NELBA MENDOZA.

CUARTO: Cuando la señora EDELMIRA PEREZ ingreso al HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DE COROZAL se anotó como motivo de consulta: "DOLOR ABDOMINAL (Ver folio 4 de la historia anexa a la demanda); El folio de la historia correspondiente a la inscripción de la paciente en el hospital no se encuentra totalmente diligenciado y en la parte superior esta anotado a mano " FALLECIDO" además se puede evidenciar un error en la fecha de inscripción o de ingreso. ( Ver folio 1 de la historia anexa a la demanda).

QUINTO: El día 4 de septiembre de 2011, a las 11:30 a.m en el HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DE COROZAL ESE, el médico general tratante, consigna en la nota de evolución de la señora EDELMIRA TULIA PEREZ VIDES (q.e.p.d): " PACIENTE FEMENINO DE 87 AÑOS DE EDAD. 1) DOLOR ABDOMINAL. 2) DIABETES DESCOMPENSADA; 3) HTA CRONICA. PACIENTE CON CUADRO DE APROXIMADAMENTE 12 HORAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DOLOR ABDOMINAL. SE DECIDE OBSERVAR REALIZAR PARACLINICOS, INICIAR MANEJO Y SOLICITAR VALORACION POR ESPECIALISTA. ( ver folio 8 de la historia anexa a la demanda)

SEXTO: A las 11:50 de ese mismo día la paciente ya mencionada, es valorada por el internista de turno (Dr. PATERNINA) quien considera realizar nuevos paraclínicos, EKG, iniciar AMLODIPINO y revalorar con resultados.

SEPTIMO: A las 2:10 de ese mismo día la señora EDELMIRA TULIA PEREZ VIDES (q.e.p.d), es nuevamente valorada por médico general con registro medico 826, y en el detalle de la evolución de esa hora, se consigna en la historia clínica: "*Se recibe reporte paraclínicos 1. CPK TOTAL 933UI, 2. CPK MB 80UI, 3. TROPONINA 21,3 NS/ML, EKG SUPREDES NIVEL ST... se comenta a internista de turno quien considera SCA (SINDROME CORONARIO AGUDO) en curso, IAM anterioiatera!, administrar ASP, Clopidogrei, HBPM, isosorbide y remitir a UCI.*( Ver folio 8 de la historia clínica anexa) - Lo que está en negrilla fuera de texto.

OCTAVO: A las 9:30 p:m. del día 4 de septiembre de 2011, **7 horas y 20 minutos** después de la última valoración médica y de ordenarse el ingreso a UCI; Se consigna en los detalles de la evolución medica de la historia clínica de la paciente EDELMIRA TULIA PEREZ VIDES (q.e.p.d).

NOVENO: La señora EDELMIRA TULIA PEREZ VIDES (q.e.p.d) en el estado de salud con el cual Ingresó al hospital Nuestra Señora de Las Mercedes de Corozal, es para que hubiese recibido una atención más eficaz y acorde a la patología presentada, toda vez que si revisamos las evoluciones medicas de la historia clínica correspondiente a la atención prestada a la paciente, ese día solo fue evolucionada por personal médico en cuatro oportunidades

Esto sin mencionar que cuando se evoluciona a la paciente a las 2:10 por parte del médico general del Hospital Nuestra Señora de las Mercedes de Corozal, este consigna: "se comenta a internista de turno quien considera SCA en cursó'.

DECIMO: Lo consignado con la evoluciones medicas no concuerda con lo que está plasmado en las ordenes médicas, pues en las ordenes medicas están las órdenes del día 4 de septiembre de 2011, en las siguientes horas: 11:30 a:m, 11:50 a:m, 2:10 p:m, una de las 5 p:m, y una orden medica de las 7:00 p:m sin firma del médico que hace la orden; y finalmente la orden de las 9:30 p:m donde se consigna " fallecida".

DECIMOPRIMERO: Resulta muy curioso que a la señora EDELMIRA TULIA PEREZ VIDES (q.e.p.d) se le haya efectuado control de signos vitales a las 10:40 a:m, a las 12:00 m y a las 4:00 p:m el día 4 de Septiembre de 2011, sin que en el folio CONTROL DE SIGNOS VITALES de la historia clínica correspondiente a la atención medica prestada el día 4 de septiembre de 2011 a la paciente, registrara control de signos vitales, después de las 4 de la tarde; esto muestra que la paciente fue completamente descuidada en el servido de urgencias, por parte del personal asistencial del Hospital Nuestra Señora de las Mercedes de Corozal, mientras se esperaba el traslado a UCI de la Paciente y peor aun, con un "SINDROME CORONARIO AGUDO" en curso. El control de signos vitales que debía hacerse por obligación, teniendo en cuenta que se trataba de una paciente con HTA crónico, como registra en los detalles de ingreso: hora 11.30 a:m- de la historia clínica, y "*5/ hubiese sido mejor controlada*" se hubiese podido prolongar su vida mientras se materializaba el traslado a la UCI (Unidad de Cuidados Intensivos).

DECIMO SEGUNDO: Existe aún una mayor incertidumbre en cual fue realmente la atención medica que se prestó a la señora EDELMIRA TULIA PEREZ VIDES (q.e.p.d) en el Hospital Nuestra Señora de las Mercedes de Corozal, cuando ante una solicitud de historia clínica efectuada por mi representado el día 16 de Diciembre de 2011, a través del derecho de petición, ante ese hospital; entregaron dos epicrisis de la atención medica prestada a la señora EDELMIRA TULIA PEREZ VIDES (q.e.p.d), pues una dice la realidad de la forma en la cual ingresó la paciente ( Regular estado general) y otra un motivo de ingreso (MALO), como para hacer creer que la paciente ingreso tan mal que no podía haberse salvado su vida. Esto lo argumento con lo que esta textualmente consignado en las dos epicrisis, en la cual una indica el estado de salud con el cual ingreso realmente la señora EDELMIRA TULIA PEREZ VIDES (q.e.p.d), y otro en el cual no se plasma la realidad del ingreso, ello sin contar, que en caso de haber existido una equivocación en lo consignado en la historia clínica, se debió hacer la aclaración como lo establece la Ley 23 de 1981, ley 911 de 2004 y resolución 1995 de 1999 artículos 1 y 3.

La afirmación de la irregularidad en el diligenciamiento de la historia

Clínica de la señora EDELMIRA TULIA PEREZ VIDES (q.e.p.d) en el Hospital Nuestra señora de las Mercedes de Corozal, se soporta así; no si antes resaltar, que los resultados de laboratorio que registran en la historia clínica ( ver folio 23 de historia clínica anexa a la demanda), concuerdan con lo consignado en la epicrisis elaborada por el médico, con registro medico No. 826 ( ver folio 5 anexo a la demanda) que se transcribe a continuación, y elaborada por un médico que no anota nombre legible, sino una firma con el número 826, al igual que la otra epicrisis (Ver folio 6 anexa a la demanda) sin claridad de quien la suscribió.

DECIMO CUARTO: Muy a pesar del Dr. HENRY PATERNINA, haber ordenado remisión de la paciente a UCI a las 2:10 p:m, solo registra remisión a UCI en las notas de enfermería de la historia clínica, a las 6:45 p:m; y solo se hace mención de notificar a CAPRECOM la necesidad de trasladar a la paciente a UCI, en la nota de enfermería de las 7:20 cuando se anota: "Informa jefe Celibet al entregar el turno que se hizo la gestión pero no hubo unidad disponible en Sucre y sus alrededores por lo que decidió pasar la remisión a la línea 018000 de CAPRECOM Informa también al entregar el turno que en un plazo de 40 minutos la operadora tendría una respuesta sobre la referencia del paciente por lo que se debía llamar de nuevo".En el se evidencia que solo hasta esa hora se iniciaron las gestiones para remitir a la señora EDELMIRA PEREZ a una UCI.

DECIMO QUINTO: En cuanto a CAPRECOM EPS, esta entidad ante las llamadas telefónicas que le hacia el Hospital Nuestra señora de las Mercedes de Corozal, para hacer efectiva la remisión de la señora EDELMIRA TULIA PEREZ VIDES (q.e.p.d) , no dio respuesta alguna; esto se evidencia en la nota de enfermería de las 8:05 donde la enfermera de turno anota: " Se llamó a Caprecom posterior a un largo tiempo de espera no hubo respuesta en la opción 3 que es la destinada en la línea para los procesos de referend". 8:15: "5e continua llamando a la línea 01800913966 de Caprecom y no hay respuesta". 8:20 "5e marca nuevamente a CAPRECOM me comunico con Liseth Calderón quien informa que hasta el momento ha gestionado la unidad en Barranquilla, Cartagena y no ha conseguido aun pero que continua gestionando"

DECIMO SEPTIMO: Ya cuando eran las 8:40 p:m el estado de salud de la señora EDELMIRA TULIA PEREZ VIDES (q.e.p.d) se complicó mucho más, y tenía un deterioro general, que se hubiese evitado si desde las 2:10 cuando se ordena remitir a UCI se hubiesen efectuado las gestiones de remisión, y remitir a la paciente para que pudiera recibir la atención oportuna para atender su patología, y no esperar más de 4 horas para gestionar la remisión, toda vez que ante una emergencia de salud, el tiempo es determinante para la vida del paciente.

DECIMO OCTAVO: cuando la señora EDELMIRA TULIA PEREZ VIDES (q.e.p.d), se complica aún más, a las 9:16 es atendida por el personal médico, toda vez que desde las 2:30 había recibido la última valoración médica. Por eso a las 9:16 p:m ya era demasiado tarde, porque ya estaba completamente deteriorada y fallece a las 9:30 p:m.

DECIMO NOVENO: El fallecimiento de la señora EDELMIRA TULIA PEREZ VIDES (q.e.p.d) ha representado para mis poderdantes un profundo dolor y tristeza, pues a pesar de la edad que tenía la señora EDELMIRA, estaba completamente en su lucidez mental, compartía con la familia y podía desempeñar sus actividades de ama de casa sin complicación. La pérdida de

un ser querido es irreparable, pero ante circunstancias como las que se presentaron en la atención, se hace necesario buscar que los responsables del hecho respondan por la falla que presentaron en el servicio médico y reparen el daño ocasionado.”

### **1.3 CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA.**

#### **1.3.1 CAJA DE PREVISION SOCIAL DE COMUNICACIONES “CAPRECOM”**

Mediante apoderado la entidad demandada se opuso a las pretensiones, manifestando que Caprecom prestó los servicios de salud a la señora Edelmira Tulia Pérez Videz, contemplados en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado, y en lo relacionado a la atención de urgencias, es obligatoria para todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, y su pago está a cargo de las EPS a la cual este afiliado el usuario del servicio.

Manifestó que el artículo 25 de la ley 5521 de 2013 dice que la atención oportuna es responsabilidad de la IPS que atiende el usuario, incluyendo la remisión cuando la tecnología que requiera el paciente no la posea la IPS, en el presente caso la atención de urgencia fue prestada por el Hospital Nuestra señora de las Mercedes de Corozal.(folio 90-93)

Considera que no existe relación de causalidad ente la prestación del servicio por parte de la EPS y el fallecimiento de la señora Edilmira Pèrez Vides, puesto que es obligación en estos casos, la atención inicial de urgencias lo que realizó el Hospital de II nivel Nuestra Señora de las Mercedes de Corozal.

#### **1.3.2. HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DE COROZAL**

Mediante apoderada contestó la demanda<sup>1</sup>, y se opuso a cada una de las pretensiones de ésta por carecer de fundamentos facticos, jurídicos y probatorios.

---

<sup>1</sup> Folios 111 a 121 del expediente

Señaló que el Hospital Nuestra Señora de las Mercedes de Corozal forma parte de la red de servicios de Caprecom EPS, como IPS de mediana complejidad tal y como consta en el certificado de habilitación anexo a la contestación de la demanda. La IPS no tiene habilitado el servicio de unidad de cuidados intensivos por ser este un servicio de cuarto nivel o de alta complejidad.

Propuso la excepción de inexistencia o ruptura de nexo causal fundamentada en que el daño, en este caso la lamentable muerte de la señor Edelmira Pérez Vides, no puede atribuírsele al Hospital, puesto que si bien la paciente presentó un síndrome coronario agudo, no es menos cierto que por ello ameritaba una atención en una Unidad de Cuidados Intensivos, que es un servicio de alta complejidad con en que no cuenta el Hospital, siendo remitida a una UCI y la consecución de éste servicio es responsabilidad de la EPS Caprecom.

#### **1.4 TRÁMITE PROCESAL**

La demanda fue presentada el 5 de diciembre de 2013, (folio 17), y mediante auto de fecha 13 de diciembre de 2013 fue admitida (folios 74 a 75), procediendo la parte demandante a consignar la suma correspondiente a los gastos ordinarios del proceso de lo cual se observa constancia a folio 76 del expediente.

El auto admisorio fue notificado por correo electrónico al Ministerio Público y a las entidades demandadas el 21 de marzo de 2014 (fl.78) y el día 25 de marzo de 2014, se dio traslado común por el término de 25 días a las partes conforme al artículo 199 del C.P.A.C.A. (fl.82)

El día 8 de mayo de 2014, se dio traslado de la demanda por el término de 30 días conforme al artículo 172 del C.P.A.C.A (fl.86)

La entidad demandada Caprecom EPS, mediante escrito que aparece a folio 90-93 contestó la demanda y propuso excepciones. Lo mismo hizo el Hospital Nuestra Señora de Las Mercedes de Corozal en escrito visible a folios 111 a 121 del expediente.

La parte demandante mediante escrito que obra a folios 150-151 reforma de la demanda, siendo ésta rechazada por auto del 9 de julio de 2014 (folio 156).

De las excepciones presentadas por las partes demandadas se dio el correspondiente traslado, de acuerdo a la constancia secretarial que obra a folio 171 del expediente.

El apoderado de la parte demandante mediante escrito que obra a folios 159-169), describió el traslado de las excepciones.

Por auto de fecha 28 de agosto de 2014 se citó a las partes y a sus apoderados para que asistieran a la audiencia inicial (fl.185), la que se celebró el día 11 de septiembre de 2014, tal y como consta en acta N° 068, en la cual se examinó el proceso con miras a un posible saneamiento del mismo, y se analizaron las excepciones de falta de procedibilidad, falta de legitimación en la causa, propuestas por Caprecom; y la de caducidad propuesta por el Hospital Nuestra Señora de las Mercedes de Corozal, las cuales se declararon no probadas. Con relación a las excepciones hecho de un tercero e inexistencia o ruptura del nexo causal, se dijo que constituían excepciones de fondo que serían resueltas en la sentencia.

Fue fijado el litigio y al no haber ambiente conciliatorio, se decretaron las pruebas oportunamente solicitadas por las partes, señalándose en su epílogo fecha y hora para la celebración de la audiencia de pruebas.

La audiencia de pruebas se celebró el 28 de octubre de 2014<sup>2</sup>, y en la cual se recibió el testimonio del doctor Luis Vivero Pérez, audiencia que fue suspendida con el fin de recaudar los testimonios faltantes.

Mediante auto de fecha 11 de diciembre de 2014, se señaló el 28 de enero de 2015, como fecha para la continuación de la audiencia de pruebas, (folio 215)

El 28 de enero de 2015, se continuó con la audiencia de pruebas tal y como consta en el acta N° 001, recibándose el testimonio del doctor Roy Meza. En

---

<sup>2</sup>Acta N° 071 a folios 209 a 211, DVD a folio 208 del exp.

dicha audiencia se prescindió de la audiencia de alegatos y juzgamiento, y se ordenó a las partes la presentación por escrito de los alegatos de conclusión.

La parte demandada Hospital Regional de II Nivel de Nuestra Señora de Las Mercedes de Corozal mediante escrito que obra a folios 227-229, presentó sus alegatos de conclusión, reiterando lo dispuesto en la contestación de la demanda, y manifestando que de las notas de referencia y contrareferencias contenidas en la historia clínica aportadas, aparece demostrado que una hora antes de que el internista revisara los resultados de los exámenes o estudios ordenados ya los médicos del servicio de urgencias en asocio con la jefe de turno en el departamento de referencia, se encontraban gestionando una cama en una unidad de cuidados intensivos, así mismo existe constancia que se informó de manera oportuna a la EPS Caprecom de la necesidad del servicio de uno de sus afiliados.

La apoderada de la parte demandante alegó de conclusión mediante escrito que obra a folio 230- 239 del expediente, reiterando lo señalado en la demanda, haciendo un análisis de los diferentes testimonios recepcionados en la audiencia de pruebas.

El apoderado de la parte demandada Caja de Previsión Social de Comunicaciones “Caprecom EPS-S”, señaló que la paciente Edelmira Pérez Vides, era una paciente de 87 años de edad que ingresa a urgencias con síndrome coronario agudo y fallece por infarto agudo al miocardio, que según la historia clínica y las declaraciones rendidas por los testigos, se le prestaron los servicios de salud en el Hospital Regional de II Nivel Nuestra Señora de las Mercedes de Corozal , que se hicieron las gestiones para conseguir la remisión, pero que no hubo disponible en Sucre y sus alrededores, por lo que se gestionó a través de la línea 018000913966 de Caprecom, y que la funcionaria de Caprecom, informa que hasta el momento ha gestionado la Unidad en Barranquilla, Cartagena, que no han conseguido aun, pero continúan gestionando (hecho décimo cuarto y décimo quinto).

Señalò que está suficientemente claro que a la señora Edelmira Pérez Vides, se le prestaron los servicios de salud en el Hospital Nuestra Señora de las Mercedes de Corozal, por ser afiliada a Caprecom, por lo tanto no existe relación de causalidad entre la prestación del servicio por parte de la EPS y

el fallecimiento de la paciente. Hace mención del acuerdo de 2009, artículo 67 de la ley 715; artículo 25 de la ley 5521 de 2013.

## **2. CONSIDERACIONES**

### **2.1. EXCEPCIONES**

En cuanto a la excepción del “Hecho de un tercero” propuesta por la entidad demandada, se advierte que constituye un eximente de responsabilidad, por lo tanto una excepción de fondo, que será analizada y decidida junto con el problema jurídico que a continuación se planteará.

Igualmente tiene la característica de fondo o mérito, la propuesta excepción de “inexistencia o ruptura del nexo causal”, ya que apunta a desvirtuar la presencia de uno de los elementos de la responsabilidad administrativa.

### **2.2. PROBLEMA JURÍDICO**

El despacho deberá determinar si existe responsabilidad administrativa y patrimonial por los perjuicios morales y materiales causados por la muerte de la señora Edelmira Pérez Vides.

Igualmente se deberá determinar si en el presente caso se encuentra probado el eximente de responsabilidad del hecho de un tercero y la inexistencia o ruptura del nexo causal.

### **2.3. TESIS DE LAS PARTES**

**2.3.1. Tesis de la parte demandante.** Según los demandantes, el Hospital Nuestra Señora de las Mercedes de Corozal, y la Caja de Previsión Social de Comunicaciones CAPRECOM EPS son responsables de la muerte de la señora Edelmira Pérez Vides (q.e.p.d.), pues en cuanto al primero, no realizó la debida atención médica a la paciente como tampoco hicieron un seguimiento o acompañamiento a sus signos vitales; y en cuanto a CAPRECOM, esta entidad obró con negligencia, ya que pese a estar informada oportunamente de la condición crítica de la paciente y de la remisión a una Unidad de Cuidados Intensivos, ésta nunca se autorizó.

### **2.3.2. Tesis de la parte demandada.**

**Hospital Nuestra Señora de Las Mercedes de Corozal:** Manifestó que esta entidad no tiene responsabilidad alguna por el fallecimiento de la señora Edelmira Pérez Vides, por cuanto el personal médico actuó con la diligencia y cuidado necesario, para atender el estado de salud de la mencionada paciente, la atención medica estuvo acorde con los protocolos pertinentes, en relación con el nivel de complejidad del servicio que presta. Además insistió ante CAPRECOM EPS la remisión de la paciente a una Unidad de Cuidados Intensivos, pero no fue autorizada.

**Caja de Previsión Social de Comunicaciones “Caprecom”:** Manifiesta que a la señora Edelmira Pérez Vides, se le prestaron los servicios de salud en el Hospital Nuestra Señora de Las Mercedes de Corozal, por lo tanto no existe relación de causalidad entre la prestación del servicio por parte de la EPS y el fallecimiento de la señora Edelmira Pérez.

### **2.4. TESIS DEL DESPACHO**

El Despacho defenderá la tesis que la responsabilidad de las entidades demandadas no fue acreditada en el expediente, por lo tanto el lamentable fallecimiento de la señora Edelmira Tulia Pérez Vides, no puede atribuírseles a una falla del servicio prestado por las demandadas.

### **2.5. EL RÉGIMEN DE RESPONSABILIDAD**

Es conocido de los operadores judiciales que para la prosperidad de estas acciones, son tres los elementos estructurales de la responsabilidad del Estado que debe probar el actor: una actuación irregular de la administración, un daño y una relación de causalidad entre el daño y la actuación de la administración, prueba que es de incumbencia de los demandantes.

Para efectos de determinar si le asiste o no razón a los demandantes, resulta necesario subrayar que la responsabilidad por la prestación del servicio médico asistencial ha sido estudiada en reiterada jurisprudencia, con la **teoría de la falla del servicio probada**, partiendo de la base de que se

trataba de una obligación de medios y no de resultados, posición que se comenzó a cuestionar, hasta llegar a la sentencia de 30 de julio de 1992, con ponencia del consejero, Daniel Suárez Hernández, donde se adoptó la **tesis de la falla del servicio presunta**.

Posteriormente, esta jurisprudencia se ha venido morigerando y en la actualidad se hace alusión a la **carga dinámica de la prueba**, conforme a la cual la obligación de probar se traslada al centro hospitalario o al médico tratante, quien deberá demostrar que hizo uso de la diligencia y la experiencia debidas.

Al momento de evaluar al paciente, el médico se encuentra ante un juicio incierto, ya que la actividad médica no puede asimilarse a una operación matemática. Hoy tanto la doctrina como la jurisprudencia previenen sobre la imposibilidad de imponer a los médicos el deber de acertar; en consecuencia, lo que debe evaluarse, en cada caso, es si se utilizaron todos los recursos, esto es, si se practicaron los procedimientos adecuados para llegar a un diagnóstico acertado, lo que obliga, en no pocos eventos, a distinguir entre la responsabilidad de los médicos y la de las instituciones prestadoras del servicio de salud, dada la carencia o insuficiencia de elementos para atender debidamente al paciente.

Se advierte que conforme al criterio jurisprudencial desarrollado, al médico no le es cuestionable el error en sí mismo, sino el comportamiento inexcusable que lo llevó a cometerlo. El error que exime de responsabilidad no ha de ser una anomalía en la conducta, sino una equivocación en el juicio, por lo que se hace necesario investigar si el galeno adoptó todas las previsiones aconsejadas por la ciencia para elaborar el diagnóstico y ordenar el correspondiente tratamiento.

El despacho tendrá en cuenta a título de premisa mayor el desarrollo jurisprudencial vigente del Honorable Consejo de Estado, puesto que es el que impera al momento de tomarse la decisión atendiendo a la estrictez del valor normativo de la jurisprudencia de conformidad con la sentencia C- 836 de 2001 en la cual, las subreglas de derecho *ratio decidendi* son obligatorias y en el evento de apartarse de las mismas, es obligación del juzgador y

conforme a los condicionamientos allí indicados, argumentarlos y justificarlos.

Como quiera que en el ordenamiento jurídico que rige lo Contencioso Administrativo no se consagra la jurisprudencia intermedia o favorable, el presente asunto será decidido de conformidad con la tesis vigente de la sección tercera del Honorable Consejo de Estado a invocarse en la solución del caso que a continuación se desarrollará.

En tal sentido la Sección Tercera del Honorable Consejo de Estado viene sosteniendo:

*“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 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.”<sup>3</sup>(Subrayas del Despacho)*

Si bien es cierto existen tesis acerca de la presunción de la falla médica, la Sección Tercera del Consejo de Estado ha sido enfática en reiterar a los jueces de la jurisdicción contenciosa el alcance de tal disposición suprallegal.

Veamos la subregla:

*“En materia de la prueba de la existencia de fallas en la prestación del servicio, valga señalar el valor de las reglas de la experiencia, como aquella que señala que en condiciones normales un daño sólo puede explicarse por actuaciones negligentes, como el olvido de objetos en el cuerpo del paciente, daños a partes del cuerpo del paciente cercanas al área de tratamiento, quemaduras con rayos infrarrojos, rotura de un diente al*

---

<sup>3</sup> Sección Tercera. Consejera Ponente Dra. Luz Esther Correa Palacio. Sentencia Radicación número: 68001-23-31-000-2000-09610-01(15772) Actor: MARIA OLGA SEPULVEDA RAMIREZ Demandado: HOSPITAL RAMON GONZALEZ VALENCIA

*paciente anestesiado, fractura de mandíbula durante la extracción de un diente, lesión de un nervio durante la aplicación de una inyección hipodérmica. El volver a la exigencia de la prueba de la falla del servicio, como regla general, no debe llamar a desaliento y considerarse una actitud retrograda.*

*“Si se observan los casos concretos, se advierte que aunque se parta del criterio teórico de la presunción de la falla del servicio, las decisiones en la generalidad, sino en todos los casos, ha estado fundada en la prueba de la existencia de los errores, omisiones o negligencias que causaron los daños a los pacientes. En cuanto a la prueba del vínculo causal, ha considerado la Sala que cuando resulte imposible esperar certeza o exactitud en esta materia, no sólo por la complejidad de los conocimientos científicos y tecnológicos en ella involucrados sino también por la carencia de los materiales y documentos que prueben dicha relación, “el juez puede contentarse con la probabilidad de su existencia”, es decir, que la relación de causalidad queda probada “cuando los elementos de juicio suministrados conducen a ‘un grado suficiente de probabilidad’”, que permita tenerlo por establecido.*

*“De manera más reciente se precisó que la exigencia de “un grado suficiente de probabilidad”, no implicaba la exoneración del deber de demostrar la existencia del vínculo causal entre el daño y la actuación médica, que hiciera posible imputar a la entidad que prestara el servicio, sino que esta era una regla de prueba, con fundamento en la cual el vínculo causal podía ser acreditado de manera indirecta, mediante indicios. Vale señalar que en materia de responsabilidad estatal, el asunto no puede ser resuelto con la sola constatación de la intervención causal de la actuación médica, sino que esa actuación debe ser constitutiva de una falla del servicio y ser ésta su causa eficiente.*

*“Esa afirmación resulta relevante para aclarar que si bien de conformidad con lo previsto en el artículo 90 de la Constitución, el derecho a la reparación se fundamenta en la antijuridicidad del daño, no es suficiente verificar que la víctima o sus beneficiarios no estaban en el deber jurídico de soportarlo para que surja el derecho a la indemnización, **sino que se requiere que dicho daño sea imputable a la Administración, y no lo será cuando su intervención aunque vinculada causalmente al daño no fue la causa eficiente del mismo sino que éste constituyó un efecto no previsible o evitable, de la misma enfermedad que sufría el paciente.**”<sup>4</sup>(Negrillas del Despacho)*

Sobre el tema de la prueba de la falla del servicio médico el Consejo de Estado, Sección Tercera, en providencia de fecha 15 de junio de 2000, M.P.: María Elena Giraldo Gómez, señaló:

*“Aceptada la dificultad que suele presentarse en la demostración de la causalidad en materia médica, no resulta aventurado sostener que ante casos de difícil prueba de la causa, se adopten criterios que aligeren la situación de la víctima, máxime si se tiene presente que, la dificultad en el hallazgo de una causalidad razonablemente cierta que permita formular el juicio de imputación, puede obedecer, precisamente, a la forma grupal de la prestación del servicio médico de salud, que en no poca medida impide el conocimiento de tal elemento por el anonimato que suele presentarse ante la participación plural del grupo de médicos, en virtud de la cual, no puede atribuirse a una determinada*

---

<sup>4</sup> Ídem.

conducta el germen de la causa del evento dañoso o, la configuración clara de la misma, por la concurrencia de causas, no resultando acorde con el criterio de justicia, el que el dañado, a quien se le vulnera su derecho constitucional a la salud, tenga que cargar con la dificultad probatoria, que en la práctica se traduce, en la falta de efectividad y protección de su daño. Esa es por lo demás la orientación doctrinal, que en esta ocasión la Sala hace suya, del autor Roberto Vásquez Ferreira en su libro de Daños y Perjuicios en el ejercicio de la medicina: “De todas formas, y no obstante lo expuesto hasta ahora, cabe asentar que la doctrina y la jurisprudencia en los últimos tiempos, con sensibilidad y sentido de justicia muy plausibles, tienden a aligerar la prueba de la interconexión entre el hecho - o factor eficiente como lo llama Bustamante Alsina - y el daño. Si el médico actuó asistiendo al paciente y éste experimentó un resultado dañoso, ha de concluirse, en principio, desde luego, que existe imputación material; y el facultativo tendrá que hacer patente que ese resultado obedece a una causa ajena. La Sala desea precisar que el acogimiento de tal orientación no comporta el establecimiento, por vía general, de una presunción de causalidad, sino tan sólo, de un aligeramiento ante verdaderos casos de dificultad probatoria, sin que de allí pueda concluirse, que la causalidad no le incumba probarla a quien aduce su existencia, que es la víctima, por regla general. Por último, la Sala no pasa por alto que, si bien es cierto, la prueba de la causalidad absorbe muchas veces la del elemento culpa, el cual adviene acreditado con la prueba de aquél, no es menos cierto que, la prueba de la culpa no comporta la de la causalidad; ambas nociones difieren en su contenido y desempeñan una función bien diferente. Lo que interesa para los efectos de resarcimiento y, naturalmente, de la estructuración de la responsabilidad es, ante todo, la posibilidad de imputación o reconducción del evento dañoso al patrimonio de quien se califica preliminarmente de responsable; esto ha de aparecer acreditado cabalmente, para no descender inoficiosamente al análisis culpabilístico, que en esta materia cumple la función primordial de abrirle paso a la exoneración o, eventualmente, a la atenuación de responsabilidad. La atenuación en el entendimiento que el daño puede haber sido causado por el médico pero frente al cual éste puede exonerarse cuando acredita diligencia y cuidado; la carga probatoria, las más de las veces, la soporta el galeno. “

## **2.6. EL CASO CONCRETO**

**2.6.1. Las Pruebas Recaudadas.** Son pruebas relevantes las siguientes:

### Documentales

-Hoja Clínica de Remisión de Pacientes de la ESE Centro de Salud de Los Palmitos, de fecha 4 de septiembre de 2011, folio 30.

-Epicrisis del Hospital Regional de II Nivel Nuestra Señora de Las Mercedes de Corozal E.S.E., de la paciente Edelmira Tulia Pérez Vides, historia Clínica N° 23018362 folio 32.

-Epicrisis del Hospital Regional de II Nivel Nuestra Señora de Las Mercedes de Corozal E.S.E., de la señora Edelmira Pérez Vides, folio 33.

-Hoja de Remisión de Pacientes del Hospital Regional Nuestra Señora de las Mercedes Corozal (Sucre), en la cual se ordena la remisión de la señora Edelmira Pérez Vides a la Unidad de Cuidados Intensivos, folio 34.

-Hoja de evolución de la paciente Edelmira Pérez Vides del Hospital Regional de II Nivel Nuestra Señora de Las Mercedes de Corozal, folio 36.

-Ordenes médicas dadas a la paciente Edelmira Pérez Vides en el Hospital Regional Nuestra Señora de Las Mercedes de Corozal E.S.E., folio 36.

-Hoja de tratamientos aplicados a la señora Edelmira Pérez Vides, en el Hospital Regional de II Nivel Nuestra Señora de Las Mercedes de Corozal E.S.E., folio 37.

-Notas de enfermería sobre la paciente Edelmira Pérez Vides, en el Hospital Regional de II Nivel Nuestra Señora de Las Mercedes de Corozal E.S.E., folio 38-40

-Registro de traslado de ambulancia del Hospital Regional de II Nivel Nuestra Señora de Las Mercedes de Corozal E.S.E. , folio 47.

-Resultados exámenes médicos practicados a la señora Edelmira Pérez Vides, folio 48.

**-Historia Clínica de la paciente Edelmira Pérez Vides en el Hospital Regional de Segundo Nivel Nuestra Señora de las Mercedes de Corozal E.S.E. (folio 129)**

*“Fecha y Hora de Ingreso: 4 de septiembre de 2011 11:20 a.m.*

*Cedula: 23018362.*

*Tipo de Afiliación: Beneficiario*

*Administradora: Caprecom.*

*Datos del Ingreso.*

*Motivo de la solicitud: Dolor abdominal.*

*Estado General al ingreso: Regular estado general.*

*Enfermedad actual: paciente que inicia con dolor abdominal desde hace aproximadamente 12 horas de evolución sin vómito, sin diarrea, refiere ingesta de alimentos grasos e irritantes.*

*Antecedentes: HTA, Diabetes mellitus.*

*Hallazgos del examen físico: normocefalo, pinral, mucosas húmedas, tórax simétrico, pulmones claros ventilados, ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, abdomen blando depresible dolor en epigastrio, sin megalias, peristaltismo aumentado, genitales normoconfigurados, extremidades simétricas eutróficas, consciente orientado.*

*Diagnóstico del Ingreso:*

- 1) Dolor abdominal 2 : a) Colitis b) EAP
- 2) Diabetes descompensada
- 3) HTA crónica

*Conducta:*

1. Líquidos endovenosos.
2. Hemograma, glicemia, Bup, creatinina, parcial de orina, ck total, ck MB, troponina.
3. EKG
4. Muvett, ranitidina, dipirona, amilodipino
5. Valoración por médico internista
6. Cuidados de enfermería.

*III. De la evolución.*

*Cambio en el estado del paciente: paciente que ingresa a servicio con cuadro de dolor abdominal, recibido por médico de turno quien decide iniciar manejo, realiza paraclínicos, solicita valoración por especialista.*

*Valorado por internista quien considera realizar nuevos paraclínicos EKG y revalorar.*

*Se recibe reporte de paraclínicos se comenta a internista de turno quien decide administrar medicamentos y remitir a UCI para manejo integral.*

*Paciente que presenta hipertensión, dificultad respiratoria y malestar general. Quien presenta apnea con paro cardiorrespiratorio. Se realizan maniobras de reanimación y se intuba orotraqueal se aplica adrenalina. Paciente que no responde a maniobras de reanimación y se declara fallecida.*

*Resultados de procedimientos diagnósticos:*

- 1) *Glicemia: 226,6 mg/dl*
- 2) *Bun: 16,6 mg/dl*
- 3) *Creatinina: 123 mg/dl*
- 4) *Cpk total 9´33 UI*
- 5) *Cpk MB: 80 UI*
- 6) *Troponina: 21,3 mg/dl*

*IV. Del egreso:*

*Diagnóstico de egresos presuntivos, principales y relacionados:*

- 1) *Síndrome coronario en curso*
- 2) *IAM arterolateral.”*

**Evolución: (folio 131)**

*“Día Mes Año:*

*4 09 2011/ hora 11:30 a.m.: paciente femenino 87 años de edad.*

*1) dolor abdominal 2) diabetes descompensada. 3) HTA crónica.*

*Paciente con cuadro de aproximadamente 12 horas de evolución consistente en dolor abdominal. Se decide observar realizar paraclínicos, iniciar manejo, y solicitar valoración por especialista.*

*4 09 2011 /hora 11:50 a.m.: paciente valorado por internista de turno (Dr. Paternina) quien considera realizar nuevos paraclínicos, EKG, iniciar amlodipino y revalorar con resultados.*

*4 09 2011/ hora 2:10 p.m.: se recibe reporte paraclínicos 1) CPK Total: 933 UI 2) CPK MB 80ui 3) Troponina: 21,3 mg/dl, EKG suprades nivel ST en AVL-DI- V5-V6.*

*Se comenta a internista de turno quien considera SCA en curso, IAM arterolateral, administrar ASP, clopidogrel, HBPM, sosorbide y remitir a UCI.*

*4 09 2011/ hora 9:30 a.m.paciente con dolor precordial, dificultad para respirar, hace paro cardiorespiratorio, se hacen masajes cardiacos, intubación orotraqueal, se hipotensa y no responde a maniobras de reanimación y se declara fallecida.*

*Ordenes médicas (folio 132)*

*4/09/11 hora 11:30 a.m.:*

- 1) Observaciones*
- 2) Sol. Fisiológica 1000 cc p/12 horas.*
- 3) Hemograma, glicemia, bun, creatinina, parcial de orina.*
- 4) Muvetts 1 cmp en 100 cc de SSN P/1 hrs*
- 5) Ranitidina 1 cmo c/12 hrs IV*
- 6) Dipirona*
- 7) Valoración médico internista*
- 8) S.V. y C. de E*

*11:50 A.M.:*

- 1) EKG*
- 2) Enzimas cardíacas.*
- 3) Amlodipino 5 mg c/12 hrs*
- 4) R.O.M.S.*

*4 Sept 2011 hora 2:10 p.m.*

- 1) Metoprolol 50 mg c/12 hrs*
- 2) HBPM 5000 U sc Chora*
- 3) Dinitrato de isorbide 50 mg C/10 minutos x 3*
- 4) Ácido acetilsalicílico 100 mg*
- 5) Clopidogrel*
- 6) Remisión a UCI*

*4 Sept 2011 hora 5:00 p.m.*

- 1) Dipirona amp 2 cc*
- 2) (texto ilegible)*

4 sept 2011 hora 7:00 p.m.

*Meperidina ampolla*

*Diluir en 10 cc y aplicar 3 cc (dosis única)*

4 Sept de 2011 hora 9:30 p.m.

*Fallecida.”*

#### **Notas de Enfermería (folio 138)**

*“4-09-11 11:30: Ingresa al servicio de urgencia paciente adulto sexo femenino consiente, orientado, remitido del Centro de Salud los Palmitos, acompañado por auxiliar de enfermería y familiar. Canalizado en M.S. I. con LEV instalado S.S. N. 500 c.c. goteo moderado. Se toman signos vitales y se anotan, es valorado por el medico quien deja órdenes a cumplir.*

*Se administra muvetts amp diluida en buretrol y lento, ranitidina ampolla I.V. diluida y lenta.*

*Se administra dipirona amp 1 gr I.V.*

*Nota: Se realiza E.K.C. Se toma muestra de sangre para exámenes de laboratorio. Llega reporte y se anexa a la H.C.. Valoración por medicina interna, quien deja órdenes a cumplir.*

*12:00 p.m. :Control de signos vitales y se anotan.*

*3:00. p.m.: Se administra H.B.P.M. 5.000 S.C.*

*3:05 p.m. : Dinitrato isorbico 5 mg S.L*

*3:15. p.m.: Dinitrato Isorbico 5 mg S.L.*

*3:25 p.m.: Dinitrato Isorbico 5mg S.L*

*4:00: ácido acetilsalicílico*

*4:00 : control de signos vitales y se anotan*

*4:00: se administra clopidrogel cap. 75 mg*

*5:00. p.m.: se administra dipirona ampolla diluida en buretrol y lento.*

*6:45. p.m.: (texto ilegible) pte en su unidad en cama. Despierto con LEV instalado s. 500 c.c. a razón de 14 gotas. Bajo tratamiento médico ordenado. (P) Remición (sic) a UCI*

*Nota: Se administra miperidina amp 3 cc*

7:00 p.m: *Recibo paciente en su unidad, sexo femenino, dormida, (ilegible), con dolor abdominal, diabetes, (ilegible), manifiesta dolor toraxico de tipo opresivo se toman signos y se grafican. Remitir a unidad de cuidados intensivos.*

**7:20. p.m:** *Informa jefe lilibet al entregar el turno que se hizo la gestión pero no hubo unidad disponible en Sucre y sus alrededores por lo que decidió pasar la remisión a la línea 018000 de Caprecom. Informa también al entregar el turno que en un plazo de 40 minutos la operadora tendría una respuesta sobre la referencia del paciente, por lo que se debería llamar de nuevo.*

**8 pm.** *Se administra tratamiento antihipertensivo vía oral amlodipino 5 mg y metoprolol tab 50 mg V.O.*

**8:05 p.m.:** *Se llamó a caprecom posterior a un largo tiempo de espera no hubo respuesta en la opción 3 que es la destinada en la línea para los procesos de referencia.*

**8:10. p.m.:** *Paciente inestable, en mal estado, con dificultad respiratoria, palidez generalizada.*

**8:15. p.m.:** *Se continúa llamando a la línea 018000913966 de caprecom y no hay respuesta.*

**8:20. p.m.:** *Se marca nuevamente a caprecom me comunico con liset calderón quien informa que hasta el momento ha gestionado la Unidad en Barranquilla, Cartagena y no ha conseguido aun pero que continua gestionando.*

**8:30. p.m:** *Paciente en muy mal estado bajo cuidados estrictos de enfermería y vigilancia médica.*

**8:32. p.m.:** *Se llamó a UCI Cardiovascular y no hay respuesta. Se explica situación a familiares quienes se niegan a entender porque la paciente no se ha podido enviar a UCI.*

**8:40. p.m.:** *Paciente en mal estado, con mal patrón respiratorio, deterioro general, palidez generalizada.*

**8:50. p.m.:** *Se llama a UCI Cardiovascular responde la jefe Ingrid Retamozo quien recepciona datos y pide enviar remisión por fax.*

**9:00 p.m:** *Se envía remisión por fax y se anexa el recibido en la historia clínica. La jefe de UCI Cardiovascular indica que se debe llamar de nuevo en 15 minuto.*

**9.15. p.m.** *Se llama a UCI Cardiovascular responde la jefe Ingrid informa que se envíe la paciente.*

**9:16. p.m:** *Paciente que entra en paro cardiorespiratorio es atendida inmediatamente por los médicos de turnos quienes deciden realizar intubación orotraqueal, se administra una ampolla de adrenalina y una ampolla de atropina. Dr Cerro entuba a la paciente, se aplica otra ampolla de adrenalina. Se continúan con maniobras de RCP pero no hay ningún tipo de respuesta por lo que a la 9:30 p.m. Médico de turno Dr. Roy anuncia que la paciente falleció. Medico informa a los familiares. Se trasladó cadáver a la sede transitoria y la H. Clínica se llevó a facturación.”*

### **NOTAS DE ENFERMERIA (folio 140):**

Suscritas por la enfermera de turno Lilibeth Mercado:

(Notas de referencia)

*“4-09-11 Hora: 1:00 p.m. Recibo paciente en reanimación para traslado a UCI, esperando que el médico de turno realice la remisión.*

*1:30 p.m . Llamo a la UCI Cardiovascular y responden que no hay unidad disponible.*

*1:40. Me comunico con el hospital universitario UCI y responden que no hay unidad disponible.*

*1.50. Me comunico con la Clínica Santamaría y responden que no tienen unidad disponible para UCI Adulto.*

*2:00. Me comunico con la Clínica la Sabana y no hay Unidad disponible.*

*2:10: Me comunico con la línea 018000 e informo la situación del paciente. Hablo con Adriana me pide por fax los documentos y remisión del paciente.*

*2:20 Paso por fax remisión y documentos del paciente. Llamo nuevamente para confirmar el envío y lo paso nuevamente.*

*4:00. Me comunico nuevamente y me responde que aún no han conseguido en otros departamentos.*

*4:00. Llamo al celular de Caprecom e informo situación del paciente y me dicen que llame a la línea 018000, yo respondo que ya lo hice y que espero respuesta.*

*Informo a los familiares acerca de todo lo que he realizado para conseguirle UCI a la señora.*

7:00. Me comunico nuevamente con la 018000 y me responden que aún no han conseguido unidad disponible, pero que ellos estaban insistiendo y que volviéramos a llamar, en esta ocasión hablo con María Teresa.

7:20. Entrego turno a mi compañera Karen Villamizar y le digo que se siga comunicando con la línea gratuita y le explico todo acerca de la situación del paciente.”

### **Pruebas Testimoniales:**

**El testigo Henry Paternina Valeta<sup>5</sup>, médico internista** que atendió a la señora Edelmira Pérez Vides en el Hospital Regional de II Nivel Nuestra Señora de las Mercedes de Corozal (Sucre), sobre los hechos de la demanda relató lo siguiente:

*“Paciente que se atendió en el Hospital en el año 2011, ingreso a la urgencia con un cuadro clínico, remitida de primer nivel, de dolor abdominal, el medico de turno recibe al paciente, decide descartar un trastorno cardiovascular por lo que ordena una valoración por mi persona, soy el médico especialista. Evaluamos a la paciente y consideramos indispensable descartar un trastorno de tipo cardiaco, se le solicitan los estudios pertinentes para el caso. Se inicia el manejo inicial, manejo de urgencias y tras los resultados llegamos a la conclusión que la paciente presenta un evento cardiovascular denominado **“Síndrome Coronario Agudo” consistente en un infarto agudo al miocardio**, por lo que iniciamos manejo pertinente de urgencias y solicitamos su traslado a la UCI. Teniendo en cuenta que con este diagnóstico, el sitio para el manejo de este tipo de paciente es la UCI o Unidad Coronaria. Además considerando la edad de la paciente, 87 años, el pronóstico era de alta probabilidad de muerte dada su condición física y clínica. Tras los resultados y de acuerdo a los protocolos de medicina basada en la evidencia, Ministerio de Salud, se le inicia el manejo inicial del caso.*

*El manejo inicial de urgencia es en el Hospital de Corozal, que es una entidad de II Nivel, requiere un tratamiento que prácticamente es manejo previo a lo que necesita la paciente que es Unidad de Cuidados Intensivos. Nosotros allá inicialmente, y confirmado el diagnostico iniciamos una serie de medicamentos como: vasodilatadores coronarios, antiagregantes plaquetarios. Colocamos a la paciente en un monitor cardiaco, este monitor va a establecer ritmo cardiaco, presión arterial, cambios en el electrocardiograma. Esto se hace mientras se logra conseguir la remisión a la Unidad de Cuidados Intensivos. En la*

---

<sup>5</sup> Audiencia de Pruebas Acta N° 0071, Declaración en DVD folio 208 minuto 12:30 al 44:52.

*Institución de II Nivel lo que hacemos: primero hacemos el diagnóstico, y segundo prestar el manejo inicial de urgencias, que fue el que recibió la paciente. La Institución no está para el manejo de este tipo de patología, porque lógicamente lo que la paciente requería era un manejo de cuidados intensivos. Es decir, hasta lo que se hizo en el hospital era lo pertinente. En una Unidad de Cuidados Coronarios o Cuidados Intensivos el paciente se somete a un monitoreo continuo de los signos vitales, se somete a la aplicación de ciertos medicamentos por vía endovenosa, que requieren un tratamiento con bombas de infusión especiales, por lo que las dosis son muy precisas, muy exactas. Si el paciente recibe una dosis por debajo o por encima de lo requerido, puede haber complicaciones. En la urgencia no tenemos este tipo de monitoreo y de bombas para suministrar los medicamentos esenciales en el manejo de este tipo de casos. La paciente ingreso a las 11:20- 11:30 y a los 20 minutos y fue evaluada por el especialista. A las 2:00 más o menos se ordena la remisión. Se inició el trámite administrativo con la EPS para su traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos. La atención fue oportuna porque a los 20 minutos de llegar, es atendida por el especialista, además la paciente llegó remitida con un cuadro clínico que no apuntaba según la evaluación del médico general de primer nivel hacia un trastorno cardiovascular. El médico de primer nivel la remite con un dolor abdominal, pensando en una patología abdominal y no cardíaca. Nosotros con la experiencia que tenemos decidimos hacer estudios, porque pensamos que la probabilidad diagnóstica de un trastorno cardiovascular existía. Al plantear la posibilidad de este diagnóstico se ordenan los estudios que según los estándares de laboratorio, más o menos, ese es el tiempo en que se realizan. A las dos horas tenemos diagnóstico; es un diagnóstico rápido y certero, Dos horas después tenemos diagnóstico, tratamiento establecido y la remisión a cuidados intensivos. La atención fue muy oportuna.*

*El monitoreo se hace en una sala especial de reanimación cardiovascular, la hace un equipo que va registrando cada 5 minutos, cada 10 minutos, las cifras de presión arterial, frecuencia cardíaca, ritmo cardíaco, es imposible anotar en la historia clínica un reporte. El monitor tiene la capacidad de grabar cada uno de esos parámetros y con base en eso se hace un promedio que se podía establecer por la clínica cada hora, cada dos horas, dependiendo de la situación clínica del paciente. Mientras se realiza el traslado a la UCI, el paciente más que una evolución médica, la paciente requería un tratamiento y ese tratamiento se hizo en la sala de urgencias, unidad de reanimación. Todos los pacientes que ingresan a la sala de urgencias están siendo valorados por los médicos de turno y ante cualquier eventualidad se tomaran las medidas necesarias adicionales.*

*El hecho de que en la historia clínica aparezcan estas evoluciones (11:30; 12:10; 9:30) no quiere decir que el médico de planta no esté pendiente de la evolución de la paciente. Dado que ella está conectada a un monitor que nos avisa ante la eventualidad de la probabilidad desde el*

*punto de vista clínico, y el médico toma las decisiones que sean pertinentes en el momento.*

*El manejo definitivo de la paciente era en la Unidad de Cuidados Intensivos, en la urgencia no se tiene las condiciones para hacer el manejo de una paciente con síndrome coronario agudo.*

*La enfermera jefe del turno se encarga del trámite administrativo, y se inicia el trámite de la remisión a la unidad de cuidados intensivos, se le informa a la EPS a la cual está afiliada la paciente y se inicia el trámite para el traslado. Tengo conocimiento que el traslado no se pudo hacer de manera rápida por inconvenientes de tipo locativo. Desafortunadamente en nuestro medio carecemos de la cobertura necesaria en este tipo de unidades de cuidados intensivos y la casuística es muy alta. Hay muchos pacientes que se remiten a UCI y es imposible trasladarlos porque no hay disponibilidad.”*

**Testimonio del Dr. Luis Vivero Pérez<sup>6</sup>**, médico internista que no trató al paciente. Fue llamado como testigo técnico.

*“Paciente de 87 años, con factores de riesgo coronario importantes: diabetes mellitus, sexo femenino, que a esa edad también constituye un riesgo coronario. Que ingresa con un cuadro que no es un cuadro típico de un evento coronario agudo, pero algunos infarto pueden empezar inicialmente, con la pericia del especialista sospecha de esa posibilidad, pide los exámenes y dan los criterios: marcadores cardíacos, criterios electrocardiográficos, para un evento coronario agudo, un infarto. Se debe brindar la atención inicial en urgencia con miras a estabilizar al paciente y posteriormente su traslado, ya sea una unidad de cuidados intensivos o a una unidad de cuidados coronarios; la cual en el Departamento de Sucre no tenemos Unidad de Cuidados Coronarios. Tenemos Unidad de Cuidados Intensivos, tenemos Unidad de Manejo Invasivo Cardiovascular.*

*El manejo adecuado de la paciente y teniendo en cuenta la edad debe hacerse en una Unidad de Cuidados Intensivos. El diagnóstico dado por el dr. Paternina Valeta, fue el adecuado. Si se tiene a un paciente con criterio clínico, con marcadores cardíacos elevados que sugieren evento coronario agudo y criterio electrocardiográfico. Tiene los tres criterios para hacer el diagnóstico de un evento coronario agudo.*

***El Síndrome Coronario Agudo es una entidad con riesgo de muerte alto, en una paciente que tiene 87 años y que tiene comorbilidades asociadas.***

*Si el paciente es diagnosticado y es remitido debe seguir siendo visto hasta su remisión.*

*El paciente llega a urgencias es recibido por médicos entrenados que son médicos generales de urgencia, el médico hace el ingreso, hace su*

---

<sup>6</sup> Audiencia de Pruebas Acta N° 0071, folio 209; Declaración en DVD a folio 208 del minuto 48:00 al minuto 01:12:24

*diagnóstico, y solicita la valoración del médico que considere pertinente. El especialista valora al paciente, establece unos lineamientos y sigue siendo visto en el servicio de urgencia de acuerdo a lo que el médico establezca; si solicita exámenes se harán y se le reportan al especialista. Si solicita remisión pues se hará.*

*El control de signos lo realiza inicialmente el médico general cuando evalúa al paciente y hace su historia clínica, posteriormente las veces que él lo considere, también lo puede hacer el personal de enfermería.*

*El paciente debe ser evolucionado por el médico general y las evoluciones deben quedar consignadas en la historia clínica.*

**Descripción del Tratamiento Recomendable Para el Síndrome Coronario agudo, en una paciente con 87 años:**

*El síndrome coronario agudo es una entidad compleja que involucra una constelación de síntomas que se derivan de una lesión aguda de corazón, del músculo cardíaco, que se debe a una obstrucción de un vaso. El manejo inicial debe ser enfocado a: vasodilatadores, antihipertensivos si hay hipertensión; analgesia para aliviar el dolor, sedación si el paciente está muy inquieto, y antiagregación plaquetaria.*

*Al ser interrogado si el tratamiento mencionado es posible aplicárselo en el servicio de urgencia de un Hospital de II Nivel, o es necesario, urgente, imperioso remitirla a la Unidad de Cuidados Intensivos: Contesto: Eso es parte del manejo inicial en urgencia, realizado esto se debe remitir a la UCI. Lo que viene posteriormente que es terapia de reperusión o trombolisis, no se puede hacer en un servicio de urgencia de II Nivel, debe ser en una unidad de cuidados coronarios o unidad de cuidados intensivos.*

*En el servicio de urgencias: se estabiliza al paciente, hacer diagnóstico con certeza. En Cuidados Intensivos: se puede hacer un monitoreo más estricto, dispone de la infraestructura-maquinaria, equipos, manejo intravenoso con vasodilatadores que no se puede hacer en urgencia.”*

**Testimonio del doctor Roy Meza<sup>7</sup>:** Médico que trabaja en el Hospital Regional de II Nivel de Corozal, especialista en medicina preventiva.

*“La paciente ingresa al hospital por el área de urgencia, por un dolor a nivel epigástrico, es valorada por el especialista, y se le ordena realizar exámenes, electrocardiograma y enzimas cardíacas. Posterior a esto la paciente presenta alteración de electrocardiograma y de sus enzimas cardíacas, con posterior remisión a la Unidad de Cuidados Intensivos por parte del médico internista. La paciente en todo momento desde que se diagnostica su infarto es monitoreada constantemente esperando su remisión a la Unidad de Cuidados Intensivos por parte de la EPS. Se le realiza tratamiento inmediato para ayudar a la mejoría de su cuadro con anticoagulantes y todos los medicamentos utilizados para el infarto agudo de miocardio. La paciente fue atendida por mi persona, a las 7:00 p.m. la*

<sup>7</sup> Continuación Audiencia de Pruebas Acta N° 001 a folio 224 al 226; Declaración en DVD a folio 223, del minuto 10:19 al minuto 38:55 del exp.

*paciente se encuentra con todo ese tratamiento instaurado y esperando la remisión a UCI por parte de su EPS.*

*El Hospital de Corozal es un hospital de mediana complejidad que no cuenta con una UCI propia, por lo que la remisión se tiene que hacer donde exista disponibilidad de UCI en la ciudad de Sincelejo o en otra ciudad.*

*Apenas se conoce el cuadro clínico de infarto agudo de miocardio, inmediatamente se realiza la remisión a UCI, hay cosas que se salen de las manos al hospital, a los médicos, por cuanto no hay Unidad de Cuidados Intensivos en la ciudad. La EPS demora en su traslado o búsqueda de la UCI. Como el Hospital es de mediana complejidad no cuenta con una UCI propia hace más difícil su remisión. La responsabilidad del traslado se informa a la EPS que la paciente necesita una UCI urgente.”*

## **2.6.2. Análisis conjunto de la prueba y conclusión**

Para efectos de dilucidar el caso sometido a estudio, resulta de vital importancia determinar –en primer lugar- si en el estado actual del avance científico-técnico la medicina puede considerarse como una ciencia exacta y si es previsible o prevenible que una paciente con el cuadro clínico como el que presentaba la señora Edilma Pérez Vides, el procedimiento médico asistencial que se le aplicó, fue el adecuado para prevenir cualquier hecho que menoscabara su salud y buscara preservar su vida, siendo obligatorio acudir a la Historia Clínica de la paciente donde se describe paso a paso todo el tratamiento recibido durante su permanencia en el Hospital Regional de Segundo Nivel Nuestra Señora de Las Mercedes de Corozal (Sucre) y a las pruebas testimoniales de los médicos que la atendieron en esa institución hospitalaria.

Sobre la clase de documento que constituye la historia clínica y la valoración que debe recibir de los operadores judiciales, ha dicho el Consejo de Estado:

*“...Es de resaltarse que la historia clínica asentada en entidades públicas es un documento público, que da fe, desde el punto de vista de su contenido expreso, de la fecha y de las anotaciones que en ella hizo quien la elaboró (art. 264 del C. P. C.), y desde el punto de vista negativo, también da fe de lo que no ocurrió...”<sup>8</sup>*

---

<sup>8</sup> CONSEJO DE ESTADO. CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO. SECCION TERCERA. Consejera ponente: MARIA ELENA GIRALDO GOMEZ. Bogotá, D. C., diez (10) de agosto de dos mil cinco (2005). Radicación: 68001-23-15-000-1993-09582-01(15178). Actor: MILTON RUIZ LEMUS Y OTROS. Demandado: INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES.

En el caso concreto la historia clínica está compuesta por diversos documentos (evolución, exámenes practicados, órdenes médicas, notas de enfermería, control de signos vitales, etc.), de los cuales se extrae lo siguiente:

Se tiene entonces que la paciente Edelmira Tulia Pérez Vides, ingresó al servicio de urgencias del Hospital Regional de II Nivel Nuestra Señora de Las Mercedes de Corozal E.S.E., el 4 de septiembre de 2011, y después de la revisión del médico de turno, de la práctica de exámenes paraclínicos, y de la valoración por el médico internista se diagnosticó Síndrome Coronario en Curso con Infarto Agudo de Miocardio.

Teniendo en cuenta que las anteriores anotaciones se hace necesario determinar el concepto de Síndrome Coronario en Curso Infarto agudo de Miocardio, enfermedad padecida por la señora Edelmira Pérez Vides y por la cual acudió a las entidades demandadas:

*“El **síndrome coronario agudo (SCA)** hace referencia al grupo de síntomas atribuidos a la obstrucción de las arterias coronarias. El síntoma más común que indica diagnóstico de SCA es dolor en el pecho, generalmente irradiado hacia el brazo izquierdo o el ángulo de la mandíbula, de tipo opresivo, y asociado con náusea y sudoración. El síndrome coronario agudo generalmente ocurre como resultado de uno de tres problemas: infarto agudo de miocardio con ST elevado (30 %), infarto agudo de miocardio sin ST elevado (25 %), o angina inestable (38 %).*

*Estos tres tipos reciben el nombre de acuerdo con la apariencia del electrocardiograma (ECG/EKG) como “infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST” (NSTEMI) e infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST. Pueden existir algunas variaciones en cuanto a cuales formas del infarto del miocardio (MI) son clasificadas como síndrome coronario agudo.*

*El SCA debe de ser distinguido de la angina estable, que se desarrolla durante esfuerzo físico y se soluciona con descanso. En contraste con la angina estable, la angina inestable ocurre inesperadamente, a menudo en reposo o con mínimo esfuerzo, o en menor grado de esfuerzo que la angina previa del individuo (“crescendo angina”). La aparición nueva de angina es*

*también considerada como angina inestable, puesto que sugiere un nuevo problema en una arteria coronaria.*

*A pesar que el SCA es usualmente asociado con trombosis coronaria, también puede ser asociado con uso de cocaína. El dolor cardíaco en el pecho también puede ser causado por anemia, bradicardia (frecuencia cardíaca excesivamente lenta) o taquicardia (frecuencia cardíaca excesivamente rápida) Concepto.*

### **Enfermedad coronaria *Prevención de la enfermedad coronaria***

***“La enfermedad coronaria (EC) es la principal causa de muerte de varones y mujeres de edad avanzada: el 81% de los adultos que fallecen por EC tienen 65 o más años. Los factores de riesgo de EC en los ancianos son los mismos que en los pacientes de menos edad, como **diabetes, hipertensión, tabaquismo, dislipemia, obesidad, antecedentes familiares e inactividad física.** Ha habido gran controversia respecto a las mejores estrategias de prevención de la EC en los ancianos, dado el bajo número de pacientes de este grupo de edad incluidos en la mayor parte de ensayos clínicos de prevención.***

*En conclusión, los pacientes adultos mayores con síndromes coronarios agudos sufren una mayor mortalidad y más morbilidad que los más jóvenes. Esta mortalidad es probablemente atribuible a una constelación de factores teniendo en cuenta los cambios fisiológicos propios de la edad, las condiciones de presentación y la mayor incidencia de enfermedad aterosclerótica y de otras comorbilidades. Estos pacientes son más susceptibles a los efectos secundarios de las terapias trombolíticas y son menos considerados para recibir terapias que han demostrado mejorar el resultado debido al temor a dichos efectos secundarios.”<sup>9</sup>*

De otra parte teniendo en cuenta que, en el presente caso se debate que la no remisión de la paciente Edelmira Pérez Videz a una Unidad de Cuidados Intensivos fue el factor determinante en el lamentable fallecimiento de la paciente, se hace necesario referirnos al concepto de Unidad de Cuidados Intensivos, de acuerdo a lo señalado en la **Resolución 5261 de 1994 del Ministerio de Salud:**

---

<sup>9</sup> Información tomada de la página web [http://es.wikipedia.org/wiki/S%C3%ADndrome\\_coronario\\_agudo](http://es.wikipedia.org/wiki/S%C3%ADndrome_coronario_agudo)

**“ARTICULO 28. <DEFINICIÓN DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS>.**

La Unidad de Cuidados Intensivos es un servicio para la atención de pacientes, adultos o niños, críticamente enfermos, recuperables, con disponibilidad permanente de personal médico especializado en cuidados intensivos, medicina interna y cardiología; personal paramédico con adiestramiento en cuidados intensivos; equipos de ayuda diagnóstica y de complementación terapéutica: electrocardiografía, monitoría cardioscópica y de presión arterial, respiradores de presión y de volumen, gasometría, oximetría, estimulación eléctrica intracardíaca (marcapasos temporales y definitivos) y equipos de desfibrilación, nebulizadores y otros.

**ARTICULO 29. <PACIENTES QUE SE ADMITIRÁN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS>.** En la Unidad de Cuidados Intensivos se admitirán los siguientes tipos de pacientes:

a. ORDEN CARDIOVASCULAR:

Pacientes con infarto agudo del miocardio complicado

**ARTICULO 45. <ACTIVIDADES PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN ELSERVICIO DE URGENCIAS>.** Actividades para la atención de pacientes en el servicio de Urgencias, se definen las siguientes:

- Evaluación y atención médica.
- Atención médica que requiera sutura.
- Atención médica con cuidado en observación, hasta por 24 horas
- Atención médica con cuidado en hidratación
- Evaluación, estabilización y remisión del paciente que lo requiera.
- Otras actividades y procedimientos médicos y de enfermería.
- Interconsulta especializada

**PARAGRAFO.** Los servicios correspondientes a la consulta médica con cuidado de observación e hidratación, comprenden: permanencia, cuidado médico y de enfermería, servicios públicos y de aseo. Cuando la permanencia del paciente sobrepase las 24horas, se considerará como una estancia, sobre la base de la habitación compartida. Los derechos de sala para suturas y curaciones incluyen: uso del consultorio o sala, instrumental, material de curación, anestesia local y servicio de enfermería.”

Teniendo en cuenta los documentos allegados con la demanda, se tiene que la paciente Edelmira Tulia Pérez Vides (q.e.p.d.), ingresó al servicio médico del Hospital Regional de Segundo Nivel Nuestra Señora de la Mercedes de Corozal, con dolor abdominal desde hace aproximadamente 12 horas de evolución, sin vómito, ni diarrea, refiere ingesta de alimentos grasos e irritantes.

Se advierte que fue remitida de la ESE Centro de Salud de Los Palmitos (Sucre), con el fin de que fuera valorada por el médico internista, en una institución de segundo nivel, como lo es el Hospital Regional de II Nivel Nuestra Señora de las Mercedes de Corozal, institución a la que ingresó el 4

de septiembre de 2011, con dolor abdominal desde hace aproximadamente 12 horas de evolución, sin vómito, ni diarrea, refiere ingesta de alimentos grasos e irritantes, siendo valorada por el médico de turno quien decide iniciar manejo, realizar paraclínicos, y solicitar valoración por especialista. A las 11: 50 de la mañana es valorada por el internista quien decidió realizar nuevos paraclínicos, EKG, iniciar amlodipino y revalorar con resultados.

A las 2:10 p.m. Se recibe reporte de paraclínicos, y teniendo en cuenta el resultado de los mismos el internista de turno considera Síndrome Coronario Agudo en curso, Infarto Agudo al Miocardio anterolateral, se ordena administrar ASP, alopidoquel, HBPM, isosorbide y remitir a una Unidad de Cuidados Intensivos UCI.

Revisado el expediente, en la historia clínica se advierte que una vez dada la orden por el médico internista de remisión de la paciente a UCI, y de acuerdo a las notas de enfermería se hizo todo el trámite administrativo para lograr conseguir una cama en alguna UCI para la paciente Edelmira Pérez Vides, es así como se observa en dichas notas todas las gestiones realizadas para lograr conseguir una cama en UCI:

*“4-09-11 Hora: 1:00 p.m. Recibo paciente en reanimación para traslado a UCI, esperando que el médico de turno realice la remisión.*

*1:30 p.m . Llamo a la UCI Cardiovascular y responden que no hay unidad disponible.*

*1:40. Me comunico con el hospital universitario UCI y responden que no hay unidad disponible.*

*1.50. Me comunico con la Clínica Santamaría y responden que no tienen unidad disponible para UCI Adulto.*

*2:00. Me comunico con la Clínica la Sabana y no hay Unidad disponible.*

*2:10: Me comunico con la línea 018000 e informo la situación del paciente. Hablo con Adriana me pide por fax los documentos y remisión del paciente.*

*2:20 Paso por fax remisión y documentos del paciente. Llamo nuevamente para confirmar el envío y lo paso nuevamente.*

*4:00. Me comunico nuevamente y me responde que aún no han conseguido en otros departamentos.*

*4:00. Llamo al celular de Caprecom e informo situación del paciente y me dicen que llame a la línea 018000, yo respondo que ya lo hice y que espero respuesta.*

*Informo a los familiares acerca de todo lo que he realizado para conseguirle UCI a la señora.*

7:00. Me comunico nuevamente con la 018000 y me responden que aún no han conseguido unidad disponible, pero que ellos estaban insistiendo y que volviéramos a llamar, en esta ocasión hablo con María Teresa.

7:20. Entrego turno a mi compañera Karen Villamizar y le digo que se siga comunicando con la línea gratuita y le explico todo acerca de la situación del paciente.

7:20. p.m: **Informa jefe lilibet al entregar el turno que se hizo la gestión pero no hubo unidad disponible en Sucre y sus alrededores por lo que decidí pasar la remisión a la línea 018000 de Caprecom.** Informa también al entregar el turno que en un plazo de 40 minutos la operadora tendría una respuesta sobre la referencia del paciente, por lo que se debería llamar de nuevo.

8:05 p.m.: Se llamó a caprecom posterior a un largo tiempo de espera no hubo respuesta en la opción 3 que es la destinada en la línea para los procesos de referencia.

8:10. p.m.: Paciente inestable, en mal estado, con dificultad respiratoria, palidez generalizada.

8:15. p.m.: Se continúa llamando a la línea 018000913966 de caprecom y no hay respuesta.

8:20. p.m.: Se marca nuevamente a caprecom me comunico con liset calderón quien informa que hasta el momento ha gestionado la Unidad en Barranquilla, Cartagena y no ha conseguido aun pero que continua gestionando.

8:30. p.m: Paciente en muy mal estado bajo cuidados estrictos de enfermería y vigilancia médica.

8:32. p.m.: Se llamó a UCI Cardiovascular y no hay respuesta. Se explica situación a familiares quienes se niegan a entender porque la paciente no se ha podido enviar a UCI.

8:50. p.m.: Se llama a UCI Cardiovascular responde la jefe Ingrid Retamozo quien recepciona datos y pide enviar remisión por fax.

9:00 p.m: Se envía remisión por fax y se anexa el recibido en la historia clínica. La jefe de UCI Cardiovascular indica que se debe llamar de nuevo en 15 minuto.

9.15. p.m. Se llama a UCI Cardiovascular responde la jefe Ingrid informa que se envíe la paciente.

9:16. p.m: Paciente que entra en paro cardiorespiratorio es atendida inmediatamente por los médicos de turnos quienes deciden realizar intubación orotraqueal, se administra una ampolla de adrenalina y una ampolla de atropina. Dr Cerro entuba a la paciente, se aplica otra ampolla de adrenalina. Se continúan con maniobras de RCP pero no hay ningún tipo de respuesta por lo que a la 9:30 p.m. Médico de turno Dr. Roy anuncia que la paciente falleció. Médico informa a los familiares. Se trasladó cadáver a la sede transitoria y la H. Clínica se llevó a facturación.”

Teniendo en cuenta lo anterior, analizada la historia clínica allegada y valorados los testimonios recepcionados, se advierte que la paciente

Edelmira Pérez Vides, quien ingresó al Hospital Regional de II Nivel de Corozal, remitida por un dolor abdominal de más de 12 horas de evolución, fue atendida inmediatamente por el médico de turno, y valorada por el médico especialista (médico internista), a los 20 minutos de haber ingresado.

A las dos horas ya se contaba con un diagnóstico Síndrome Coronario Agudo Infarto Agudo de Miocardio, con el tratamiento establecido y la remisión a cuidados intensivos.

La remisión a la Unidad de Cuidados Intensivos se ordenó teniendo en cuenta el cuadro clínico presentado por la paciente Edelmira Pérez Vides, de Síndrome Coronario Agudo en curso, Infarto Agudo de Miocardio, asociado con otras patologías de base como eran diabetes mellitus, hipertensión, además de la edad paciente de 87 años, y la condición de sexo femenino, situaciones que complican. Quedó acreditado en el expediente que el Hospital Regional de Segundo Nivel Nuestra Señora de las Mercedes de Corozal, es una entidad prestadora de salud de segundo nivel, que no cuenta con unidad de cuidados intensivos, y solo se le puede prestar el manejo inicial en urgencia, realizado esto se debe remitir a la UCI. Lo que viene posteriormente que es terapia de repercusión o trombolisis, la cual no se puede hacer en un servicio de urgencia de II Nivel, pues debe ser realizada en una unidad de cuidados coronarios o unidad de cuidados intensivos.

Se tiene entonces, que a la paciente se le realizó el diagnóstico acertado, se estableció y aplicó el tratamiento señalado por el especialista para este tipo de eventos, prestándole la atención médica debida, posible y de acuerdo al nivel de complejidad de la entidad hospitalaria prestadora del servicio de salud.

Además de acuerdo a lo señalado en los testimonios de los doctores Henry Paternina Valeta, médico internista, y el Dr. Roy Meza, quienes atendieron a la paciente Edelmira Pérez Vides, que mientras se realiza el traslado a la UCI, la paciente más que una evolución médica, requería un tratamiento y ese tratamiento se hizo en la sala de urgencias, en la unidad de reanimación cardiovascular, donde la paciente estaba sometida a un monitoreo constante, con un equipo que va registrando cada 5 minutos, cada 10

minutos, las cifras de presión arterial, frecuencia cardiaca, ritmo cardiaco. Asimismo, de las notas de enfermería se advierte que la paciente siempre estuvo bajo vigilancia aplicándole en debida forma el tratamiento ordenado por el médico, lo que demuestra que aun estando en el servicio de urgencias, se le brindò la atención que requería para el tipo de padecimiento que la aquejaba de acuerdo al nivel de la entidad prestadora del servicio hospitalario.

La parte demandante alegó que la prestación de servicio médico a la señora Edelmira Pérez Vides fue deficiente e inadecuado, desconociendo que fue asistida con observancia del protocolo médico, se le realizaron todos los exámenes requeridos según su cuadro clínico, con un obrar cuidadoso, totalmente exento de culpa de donde se deduce que no le asiste razón a la parte demandante cuando afirma que se atendió negligentemente, pues la paciente Edelmira Pérez Vides, desde que ingresó al Hospital Regional Nuestra Señora de Las Mercedes de Corozal nunca dejó de ser atendida por el personal de esta entidad hospitalaria. Además, las entidades demandadas no se sustrajeron de la obligación de solicitar el traslado de la paciente a la Unidad de Cuidados Intensivos.

Igualmente no se acreditó que en otras instituciones hospitalarias de la ciudad de Corozal, o de Sincelejo, Cartagena, Montería o Barranquilla, existiera disponibilidad de camas para la atención de la paciente en Unidad de Cuidados Intensivos. No obstante los mismos medios de prueba indican que la capacidad de atención médica en las citadas unidades es limitada, por cuanto la demanda del servicio es mayor que la infraestructura con que se cuenta en el Departamento de Sucre.

Es claro entonces que el lamentable fallecimiento de la señora Edelmira Pérez Vides, fue a consecuencia de complicaciones propias de su patología que no guardan relación directa con el no traslado a UCI, y a pesar de los múltiples esfuerzos del equipo médico y la atención desplegada, razón por la cual no se puede responsabilizar al Hospital Regional de Segundo Nivel Nuestra Señora de Las Mercedes de Corozal.

De la misma manera no se le puede atribuir responsabilidad a la EPS Caprecom, pues de las pruebas obrantes no se extrae que existió

negligencia por parte de esta entidad, para realizar los trámites administrativos a su cargo para la remisión de la paciente a los distintos centros hospitalarios de la región con disponibilidad de Unidad de Cuidados Intensivos.

Con base en el análisis anterior, se negaran las pretensiones de la demanda.

### 3. CONDENAS EN COSTAS

El artículo 188 del CPACA, dispone lo siguiente: “Salvo en los procesos en que se ventile un interés público, la sentencia dispondrá sobre la condena en costas, cuya liquidación y ejecución se regirán por las normas del Código de Procedimiento Civil”.

Si bien la norma hace referencia a las normas del Código de Procedimiento Civil, debe entenderse las relativas al Código General del Proceso, ello en aplicación de lo señalado en la providencia de Sala Plena de lo Contencioso Administrativo del Consejo de Estado<sup>10</sup> que unificó criterio en lo relativo a la aplicación del Código General del Proceso en la Jurisdicción Contencioso Administrativo.

Por lo anterior, en lo relativo a la condena en costas deberá aplicarse en el presente caso lo previsto en el artículo 365 del Código General del Proceso –CGP- del siguiente tenor:

**“ARTÍCULO 365. CONDENAS EN COSTAS.** En los procesos y en las actuaciones posteriores a aquellos en que haya controversia la condena en costas se sujetará a las siguientes reglas:

**“ARTÍCULO 365. CONDENAS EN COSTAS.** En los procesos y en las actuaciones posteriores a aquellos en que haya controversia la condena en costas se sujetará a las siguientes reglas:

1. Se condenará en costas a la parte vencida en el proceso, o a quien se le resuelva desfavorablemente el recurso de apelación, casación, queja, súplica, anulación o revisión que haya propuesto. Además, en los casos especiales previstos en este código.

(...)

---

<sup>10</sup>Consejo de Estado, Sala Plena de lo Contencioso Administrativo, providencia de unificación del 25 de junio de 2014, radicado 25000 23 26 000 2012 00395 01(IJ) 49.299, C.P. Dr. Enrique Gil Botero.

Comoquiera que en el presente proceso no prosperan las pretensiones de la demanda, con fundamento en la regla 1 del citado artículo 365 del CGP, el Despacho pronunciará condena en cuanto a costas se refiere, las mismas que se liquidarán siguiendo el procedimiento establecido en el artículo 366 del CGP y las tarifas señaladas en el Acuerdo 1887 de 2003, expedido por el Consejo Superior de la Judicatura, y atendiendo los criterios fijados en el numeral 4º del artículo 366 del CGP y en el artículo 3º del mencionado Acuerdo, y teniendo en cuenta la duración del proceso que se inició el 5 de diciembre de 2013, se fijan las agencias en derecho en una suma equivalente al uno por ciento (1%) del valor de las pretensiones (\$176.850.000 folio 16), lo que equivale a la suma de UN MILLON SETECIENTOS SESENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS PESOS M.C.(\$1.768.500,00)

#### **4. DECISIÓN**

En mérito de lo expuesto, el Juzgado Primero Administrativo Oral del Circuito de Sincelejo, administrando justicia en nombre de la Republica de Colombia y por autoridad de la Ley.

#### **RESUELVE**

**PRIMERO.- Niéguese** las pretensiones de la demanda, por las razones expuestas en la parte considerativa.

**SEGUNDO: Condenase** en costas a la parte demandante por lo expuesto en la parte motiva. Fíjense las agencias en derecho en la suma de UN MILLON SETECIENTOS SESENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS PESOS M.C.(\$1.768.500,00). Una vez en firme la presente sentencia, por Secretaria tásense.

**TERCERO.-** Ejecutoriada esta providencia, por Secretaría devuélvase al interesado o a su apoderado, o a quienes ellos autoricen, el remanente de la suma de dinero que se ordenó pagar para atender los gastos ordinarios del proceso, si los hubiere (Acuerdo 2165 de 2003); y, archívese el expediente.

**CÓPIESE, NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE**

**GUILLERMO OSORIO AFANADOR  
JUEZ**