Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

JUZGADO TRECE ADMINISTRATIVO DE ORALIDAD DEL CIRCUITO JUDICIAL DE TUNJA

Tunja, treinta (30) de septiembre de dos mil diecinueve (2.019)

MEDIO DE CONTROL:	REPARACIÓN DIRECTA
DEMANDANTES:	OMAR JOAQUÍN ALDANA AFRICANO Y OTROS
DEMANDADO:	ESE HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO Y OTROS
EXPEDIENTE:	150013333013-2015-00070-00
TEMA:	DECLARATORIA DE RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA DEL ESTADO POR PRESUNTA FALLA MÉDICA

Procede el Despacho a dictar Sentencia de Primera Instancia dentro del asunto de la referencia, toda vez que no se observa causal alguna de nulidad que invalide lo actuado.

I. DEMANDA Y CONTESTACIÓN

1. PRETENSIONES[1]

Se contraen a solicitar que se declare que la ESE Hospital Regional de Sogamoso, el Municipio de Sogamoso y el Departamento de Boyacá, son en forma solidaria, responsables administrativa y civilmente como consecuencia de las acciones, omisiones y hechos desplegados por la ESE Hospital Regional de Sogamoso el 30 de septiembre de 2012, en la atención médica del joven Sergio Andrés Aldana Vásquez, que configuraron una falla en el servicio médico, generando como consecuencia el diagnóstico terminal de encefalopatía anoxoisquémica y síndrome de Lance Adams, que lo tienen sumido en condición vegetativa persistente.

Como consecuencia de la anterior declaración pidió que las entidades demandadas, reparen eficaz y solidariamente, todos los daños causados, a título de perjuicios materiales, e inmateriales y morales, y daño a la vida de relación, al joven Sergio Andrés Aldana Vásquez y a su familia, conforme a la descripción y tasación, que se describe a folios 2 y 3 de la demanda.

Finalmente, solicitó que se condene a las entidades demandadas, al pago de las costas y agencias en derecho.

2. HECHOS[2]

Como hechos que sirvieron de sustento a las anteriores pretensiones se narran los siguientes, mismos que se tuvieron como probados de conformidad con lo obrante en el proceso:

El joven Sergio Andrés Aldana Africano, nació el 15 de enero de 1990 en Sogamoso, y es hijo de Omar Joaquín Aldana Africano, tal como se evidencia en su registro civil de nacimiento obrante a folio 27 del expediente.

---

[1] *Minuto 08:52 a 09:58 del CD obrante a folio 299.*
[2] *Minuto 10:25 a 12:36 del CD obrante a folio 299.*

El señor Omar Joaquín Aldana Africano es hijo de Nora Cecilia Africano, tal como de evidencia a folios 28 y 29 del expediente con la partida de bautismo y el registro civil. Esta misma documental permite señalar que Nora Cecilia Africano es abuela paterna de Sergio Andrés Aldana Africano.

Las menores Angie Catalina Aldana Ruiz y Paula Valentina Aldana Mariño, son hijas del señor Omar Aldana y por ende hermanas de Sergio Andrés Aldana como se evidencia a folios 30 y 31 del expediente con los registros civiles de nacimiento.

El señor Nelson Enrique Aldana Africano, es hermano de Omar Joaquín Aldana Africano al ser también hijo de Nora Cecilia Africano como consta a folio 29 y por ende es tío de Sergio Andrés Aldana.

Que Sergio Andrés Aldana Africano, ingresó al servicio de urgencias de la ESE HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO, el día 30 de septiembre de 2012, con una herida precordial de más o menos 1 cm, se le diagnóstico un taponamiento cardíaco y posteriormente se determinó compromiso de su estado neurológico y cursaba antes de su muerte con diagnóstico de encefalopatía anoxoisquémica y síndrome de Lance Adams (copia de la historia clínica vista a folio 33 a 59).

El joven Sergio Andrés Aldana Vásquez falleció el día 26 de octubre de 2015, tal como consta en su registro civil de defunción que reposa a folio 283 del expediente.

3. FUNDAMENTOS DE DERECHO

Fueron invocados los siguientes:

Del Orden Constitucional

Artículos 6 y 90 de la Constitución Política.

Del Orden Legal

Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, artículo 140.

Decreto 1716 de 2009, artículo 2.

Ley 599 de 2000, artículo 25.

Del Orden Jurisprudencial

Consejo de Estado: Sentencia de 6 de septiembre de 2001, proferida dentro del expediente No. 13232-15646.

4. CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA Y MEDIOS EXCEPTIVOS

4.1. Departamento de Boyacá (f. 111-119)

Se opuso a la prosperidad de las pretensiones de la demanda. Como argumentos de defensa expuso los siguientes:

Señaló que la ESE Hospital Regional de Sogamoso es una entidad con personería jurídica y patrimonio propios que en nada tiene que ver operativa y administrativamente con la Gobernación de Boyacá, de manera que ésta no tiene injerencia ni responsabilidad por las actuaciones asistenciales y de prestación de servicios médicos brindados a los pacientes.

Manifestó que dentro del material probatorio no hay ni siquiera asomo indiciario que la entidad haya incurrido en fallas en el curso de la prestación de los servicios médicos y hospitalarios al joven Sergio Andrés Aldana Vásquez y no podría haberlo toda vez que dentro de las competencias de la entidad territorial no se encuentran las asistenciales o de prestación directa del servicio de salud, debido a que conforme al artículo 194 de la Ley 100 de 1993 es competencia de los entes hospitalarios como la ESE Hospital Regional de Sogamoso.

Agregó que el juzgador tiene que someterse a la *causa petendi*, esto es, a los hechos y a las súplicas anunciadas en la demanda, sin que sea posible modificarlos, bajo los cuales la parte actora no establece el nexo causal entre el perjuicio y la actuación del Departamento que pueda derivar en una condena por responsabilidad o falla en el servicio.

Como excepciones propuso las siguientes:

a) **<u>Falta de legitimación en la causa por pasiva para ser demandado el Departamento de Boyacá</u>:** Señaló que el Departamento de Boyacá no prestó ni ha prestado en forma directa el servicio de salud asistencial objeto de la demanda, como quiera que quien lo brindó fue la ESE Hospital Regional de Sogamoso de acuerdo a sus competencias, ente autónomo con personería y patrimonio propios tal como lo establece el artículo 194 de la Ley de 1993.

   Agregó que no se encuentra probado que el Departamento a través de algunos de sus agentes haya realizado algún tipo de acción u omisión que hubiese podido desencadenar en una falla del servicio en detrimento de los demandantes, toda vez que no tuvo ninguna actuación directa ni indirecta en la causa que nos ocupa.

b) **<u>Falta de causa petendi:</u>** Indicó que en la demanda no se especificó la calidad de cada uno de los demandantes en relación con el paciente, como tampoco se reseñan los hechos de los cuales se derivan los supuestos perjuicios cuyo pago se demanda, por lo que hay lugar a proferir una resolución judicial inhibitoria.

c) **<u>Falta de nexo causal entre el hecho y la conducta desplegada por parte de la Gobernación de Boyacá:</u>** expresó que no se probó nexo causal entre los hechos de la demanda y la supuesta falla del servicio que generó consecuencias en la salud de Sergio Andrés Aldana Vásquez, por lo que no es posible endilgar responsabilidad a la entidad territorial.

d) **Falta del presupuesto procesal demanda en forma e ineptitud:** fue resuelta en audiencia inicial de 29 de septiembre de 2016, minuto 16:30 a 18:15 cd f. 271.

4.2. Municipio de Sogamoso (f. 121-126)

Se opuso a la prosperidad de las pretensiones de la demanda. Como argumentos de defensa expuso los siguientes:

Manifestó que el Municipio de Sogamoso no tiene ninguna relación fáctica ni jurídica con la entidad a la cual se le indagan los hechos, teniendo en cuenta que la ESE Hospital Regional de Sogamoso es un ente autónomo administrativa, judicial y económicamente.

Como excepción propuso la siguiente:

a) **Falta de legitimación en la causa:** manifestó que la ESE Hospital Regional de Sogamoso es una entidad vinculada al sistema departamental de salud y no es está adscrita a ningún ente municipal, además de ser un ente autónomo con personalidad jurídica propia, patrimonio independiente y su desempeño público se regula por la Ley 100 de 1993, cuya naturaleza jurídica está regulada mediante ordenanza 028 de 17 de agosto de 1999.

4.3. ESE Hospital Regional de Sogamoso (f. 176-204)

Se opuso a la prosperidad de las pretensiones de la demanda. Como argumentos de defensa expuso los siguientes:

Señaló que tal como se desprende de la historia clínica al joven Sergio Andrés Aldana Vásquez se le brindó la atención médica que requería en todo momento de acuerdo con los signos y síntomas que presentaba al momento de la consulta, por lo que los médicos tratantes procedieron a realizar la estabilización, valoración, medicación, un electrocardiograma y procedimientos quirúrgicos con el fin de poder brindar el tratamiento que requería de acuerdo a su evolución.

Manifestó que no existió falla en el servicio pues la atención brindada por los médicos y paramédicos del Hospital fueron oportunas y estuvieron acordes a los protocolos establecidos y las capacidades técnicas del Hospital por tratarse de uno de nivel II de atención, siendo claro que lo que se presentó fue un caso fortuito y una fuerza mayor insalvable no atribuible a las actuaciones de la entidad hospitalaria.

Indicó que el Hospital recibió un paciente en estado crítico con una herida precordial, al cual le brindó desde su ingreso toda la atención requerida sin ninguna dilación, salvando inicialmente su vida, pues se trataba de una herida mortal que afortunadamente fue controlada por los médicos y con posterioridad se efectuaron los trámites de remisión a una UCI para su manejo final.

603

Sostuvo que el paciente fue atendido inmediatamente ingresó al servicio de urgencias por el personal médico y paramédico del Hospital, sin que sea posible determinar el tiempo trascurrido entre el momento en que fue recogido por las personas que lo trasladaron al centro médico y el ingreso físico al mismo, por lo que pudo haber pasado más de una hora, lo cual debido a la gravedad de la lesión genera complicaciones en el paciente.

Expresó que aunado a lo anterior aparece consignado en la historia clínica que el paciente además presentaba aliento etílico, lo cual también puede producir trastornos en el organismo.

Adujo que no existió pérdida de oportunidad pues no existe prueba en tal sentido, máxime cuando ninguno de sus familiares acompañaba al paciente al momento de su ingreso y con posterioridad la atención en las áreas de reanimación y cirugía son de acceso restringido, por lo que en ese orden de ideas es claro que no existe nexo causal entre la actuación de los médicos y la patología presentada por el paciente y de los cual se originó un supuesto perjuicio a los demandantes.

Agregó que no es cierto que no se haya hecho seguimiento a la evolución del paciente habida cuenta que como se evidencia de la simple lectura de la historia clínica el mismo fue observado en todo momento incluyendo el posoperatorio y en la medida en que se detectó un problema de salud se decidió remitirlo a la UCI SALUD VITAL para que le brindaran la atención que requería.

Como excepciones propuso las siguientes:

a) **Prescripción o caducidad de la acción:** fue resuelta en audiencia inicial de 29 de septiembre de 2016 minuto 18:18 a 22:17 cd. f. 271.

b) **Falta de causa para promover la acción:** señaló que la verdadera causa que originó las complicaciones y posterior deceso del señor Sergio Andrés Aldana no se encuentran demostradas, toda vez que las mismas se causaron en un hecho sobreviniente catalogado como caso fortuito o fuerza mayor que en realidad era una situación insalvable para los médicos tratantes y a pesar de ello se practicó el procedimiento quirúrgico a que había lugar, con lo que queda claro que se le brindó la atención con las capacidades técnicas y científicas con las que contaba la entidad.

c) **Falta de causa petendi:** manifestó que la petición con que el juicio comienza constituye el cimiento del proceso, de manera que por más que los otros presupuestos se hallen reunidos debe poseer la calidad y aptitud que permita una decisión de fondo, por consiguiente no está al arbitrio del actor enmarcar ese pedimento a su parecer y, en ese sentido, no son predicables de la demanda los elementos necesarios para que válidamente llegue a formarse el vínculo jurídico procesal.

d) **Innominada o genérica:** solicita que conforme al artículo 306 del C.P.C. se declare de manera oficiosa en la sentencia cualquier otro hecho que se encuentre debidamente demostrado que constituya una

excepción que favorezca a la entidad y que no haya sido alegado expresamente en la contestación de la demanda.

II. ANTECEDENTES PROCESALES

1. Trámite

La demanda fue presentada el 13 de enero de 2015 (f. 23); fue admitida el 16 de diciembre de 2015 (f. 29-90) y notificada en debida forma a la parte demandante el 19 de mismo mes y año (f. 91) y a la parte demandada, al Ministerio Público y a la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado, el día 11 de abril de 2016 (f. 95-102).

El término común de 25 días que trata el artículo 199 del CPACA modificado por el artículo 612 del C.G.P, corrió desde el 12 de abril hasta el 17 de mayo de 2016 (f. 103) y el traslado de la demanda, inició el 18 de mayo y finalizó el 30 de junio de 2016. Término dentro del cual las entidades demandadas presentaron contestación a la demanda.

Mediante auto de fecha 11 de agosto de 2016 (f. 257), se señaló fecha y hora para llevar a cabo audiencia inicial, la que se llevó a cabo el 29 de septiembre de 2016 (f. 266-270), misma que tuvo que ser suspendida y luego reanudada el 3 de marzo de 2017 (f. 294-298), y en la cual se agotaron las demás etapas señaladas en el artículo 180 del CPACA, procediendo al respectivo decreto de pruebas.

El día 10 de mayo de 2017, se llevó a cabo la audiencia de incorporación de pruebas, la cual tuvo que ser suspendida y reanudada el 1° de agosto de 2017 por cuanto no se habían recaudado la totalidad de elementos probatorios. Finalmente el 3 de abril de 2018, se reanudó, se cerró la etapa probatoria y se ordenó correr traslado para alegar de conclusión (f. 542-545).

2. Alegatos de conclusión y concepto del Ministerio Público

2.1. Departamento de Boyacá (f. 580-582)

Reiteró los argumentos expuestos en la contestación de la demanda. Agregó que si bien puede afirmarse que la Nación, los Departamentos, los Municipios y los servicios seccionales de salud hacen parte del Sistema Nacional de Salud, que fue reorganizado por la Ley 10 de 1990, para los efectos de la responsabilidad patrimonial estatal que puede derivarse de la prestación del servicio médico se requiere que el daño por el cual se reclama, pueda ser imputado a una acción u omisión de la entidad demandada, es decir, que ésta ha debido tener una relación directa con el hecho que sirve de sustento a las pretensiones y en el sub lite la parte actora atribuye la falla en el servicio a la atención médica que recibió la víctima en diferentes centros hospitalarios autónomos.

Señaló que si bien las Empresas Sociales del Estado pueden ser creadas por el Departamento como entidad territorial, esto no significa que exista dependencia o subordinación de la cual pueda imputarse responsabilidad por sus actuaciones al ente territorial.

2.2. ESE Hospital Regional de Sogamoso (f. 583-592)

Reiteró los argumentos expuestos en la contestación de la demanda. Resaltó las siguientes manifestaciones del perito Dr. Ghiovanny Alberto García quien manifestó dentro de la experticia que es cirujano experto y profesor universitario:

Que se trató de un taponamiento cardíaco por una herida precordial en la que normalmente el desenlace de este tipo de heridas es el fallecimiento del paciente, cosa que en el caso que nos ocupa no ocurrió, precisamente por el diligente actuar del personal médico y paramédico del Hospital Regional de Sogamoso que en concepto del perito fue un actuar heroico.

Que no se tiene certeza el tiempo transcurrido entre el hecho que ocasionó la herida y el traslado del paciente en el vehículo de un tercero a las instalaciones del servicio de urgencias del Hospital al cual arribó en condiciones críticas máxime cuando tenía aliento alcohólico, y aun con lo anterior, de acuerdo con lo consignado en la historia clínica la atención fue inmediata habiendo sido direccionado por los médicos tratantes a salas de cirugía para tratar el trauma, donde se le practicó una toracotomía y se le sacó del paro cardiorrespiratorio en que entró durante el procedimiento.

Que se cumplieron con los protocolos establecidos por el Ministerio de Salud en el año 2010 y la actuación del Hospital es la que haría cualquier centro hospitalario de ese tipo, toda vez que las probabilidades de fallecimiento eran muy altas de acuerdo con la escala de severidad que se ubicó en 27.

Que la historia clínica ase diligenció conforme a los procedimientos realizados, los exámenes diagnósticos, de laboratorio clínico y posología ordenada y que si existe algún pequeño vacío es porque se trataba de una urgencia.

Que al paciente se le brindó atención inmediata e integral, así como se realizaron los procedimientos para la referencia después de la cirugía sin que hubiera sido posible el traslado inmediato pues las otras instituciones de salud manifestaron la imposibilidad de recibirlo, pero pese a ello se le siguió brindando la correspondiente atención médica.

Que si hubiera sido cierto que el paciente ingresó a la 1:15 am hubiese fallecido pues el procedimiento se realizó a las 2:00 am.

Finalmente solicitó se desestimen las pretensiones de la demanda, al no existir nexo causal entre el origen de la patrología y el tratamiento seguido en el Hospital Regional de Sogamoso.

2.3. Parte demandante (f. 593-598)

Adujo que en el presente caso las pruebas indican lo siguiente:

Que la atención que se le brindó al joven Sergio Aldana en la ESE de Sogamoso fue deficiente pues según indican las notas de evolución clínica y lo señala el Dr. Luis Antonio Mariño Tibocha en su declaración, el paciente fue evaluado nuevamente hasta trascurridas más de 5 horas luego de su salida

de cirugía, aunado a que permaneció sin protección de su vía aérea y sin monitoreo, situación a partir de la cual concluye que no hubo una adecuada vigilancia pos operatoria en un paciente de alto riesgo, lapso durante el cual presentó hipoxia cerebral lo cual conllevó a que posteriormente el paciente tuviera actividad convulsiva.

Que el paciente no contaba con una hoja apropiada de seguimiento de signos vitales y hoja neurológica a pesar de ser un paciente de alta criticidad que requería vigilancia pre y pos operatoria y que requería mínimo una unidad de cuidado intermedio o de cuidado intensivo.

Que existió una falla en la prestación del servicio de salud a cargo del Estado, determinada por la demora en la remisión efectiva a una unidad de cuidado intensivo, situación que sin lugar a dudas violó el derecho fundamental a la salud del paciente e impactó negativamente en su estado clínico e implicó una pérdida de oportunidad para el mismo, pues era indispensable una vez concluyó el procedimiento de salas de cirugía a las 03+55 del 30 de septiembre de 2012, no obstante el traslado que se concretó luego de más de 8 horas de espera, lapso dentro del cual el paciente presentó deterioro severo de su estado neurológico.

Que la historia clínica no da cuenta de un manejo y vigilancia permanente adecuada de las variables hemodinámicas por parte del equipo médico de la ESE Sogamoso, fallas en el diligenciamiento de la historia clínica que son imputables a la ESE en la medida que tenía la carga de diligenciarla y conservarla y en consecuencia constituyen un indicio grave en su contra, que tendrán que interpretarse como un hecho indicativo de la existencia de falencias en la atención que recibió el paciente.

Que aun cuando la historia clínica se refiera que el señor Sergio Aldana presentaba aliento alcohólico al momento de su ingreso, ello no es prueba por sí sola de que estuviera embriagado y por ende con un trastorno temporal de sus capacidades físicas y mentales, más aun cuando no se le practicó ninguna prueba clínica que diera cuenta de ello.

Señaló que el Consejo de Estado en la adopción de la teoría de la pérdida de la oportunidad ha condenado en reiteradas ocasiones a la administración a reparar el daño ocasionado al paciente por la deficiente y negligente prestación del servicio por considerar que esa actividad ha hecho perder la posibilidad de sanar que tenía un paciente, de manera que para que haya reparación por esta vía no es necesario que la víctima acredite que con una adecuada prestación del servicio médico se hubiera impedido el daño, solo es necesario que la falla del servicio le haya hecho perder al paciente oportunidades de sobrevivir o de curarse.

Manifestó que en el presente caso el nexo de causalidad se explica a la luz de la teoría de la pérdida de la oportunidad pues al indagarse al médico Mariño sobre si al señor Sergio Aldana se le hubiese podido evitar de manera exitosa en el Hospital Regional de Sogamoso la ocurrencia de encefalopatía anoxoisquémica y síndrome de Lance Adams o si por el contrario el Hospital tenía alguna barrera o imposibilidad que este resultado médico se produjera, contestó que al efectuar bajo vía farmacológica el manejo de todas las variables hemodinámicas, respiratoria, oxigenación, flujo sanguíneo cerebral,

y una vez drenado el foco o la sesión que fue el taponamiento cardiaco, se hubiera disminuido el riesgo de encefalopatía anoxoisquémica.

Concluyó que de acuerdo a lo anterior es claro que en el caso del joven Sergio Aldana sí se habría podido conseguir una ventaja o beneficio de haber tenido en primer lugar la posibilidad de una remisión oportuna a una UCI y en segundo lugar una vigilancia y monitoreo pos operatorio permanente, estricto e idóneo, con protección neurológica y soporte ventilatorio permanente desde la salida de salas de cirugías, lo cual hubiera permitido el manejo oportuno de todas las variables hemodinámicas, respiratorias, de oxigenación y flujo sanguíneo cerebral para disminuir el riesgo de encefalopatía anoxoisquémica.

2.4. Ministerio Público

En esta oportunidad no presentó concepto.

III. CONSIDERACIONES

1. Problemas jurídicos[3]

En la fijación del litigio, se determinó como problemas jurídicos a resolver los siguientes:

- ¿Son las demandadas administrativa y civilmente responsables de los perjuicios materiales y morales ocasionados a los demandantes, por la presunta falla en el servicio médico derivada de la atención médica prestada a Sergio Andrés Aldana Vásquez, en la ESE Hospital Regional de Sogamoso el 30 de septiembre de 2012?

- ¿La ESE Hospital Regional de Sogamoso, tiene personería jurídica, autonomía administrativa y financiera y por ende puede responder individualmente por la condena y los presuntos perjuicios que eventualmente se reconozcan a la parte demandante?

- ¿Las lesiones y posterior muerte del joven Sergio Andrés Aldana Vásquez fueron consecuencia o no de un caso fortuito o fuerza mayor derivado de la herida que le fue causada a nivel precordial?

- ¿La naturaleza jurídica de la ESE Hospital Regional de Sogamoso permite inferir que su responsabilidad se escinde del vínculo alguno con el ente territorial Municipio de Sogamoso en el eventual caso que se declare responsable de los perjuicios en el presente proceso?

2. Posición de las partes respecto al caso *sub examine*[4]

2.1. Parte actora

[3] *Minuto 14:30 a 20:00 del CD obrante a folio 299.*
[4] *Minuto 12:41 a 14:23 del CD obrante a folio 299.*

Indica que debe declararse responsable administrativa y civilmente a las demandadas de las acciones, omisiones y hechos desplegados el 30 de septiembre de 2012 en la atención médica prestada al joven Sergio Andrés Aldana Vásquez, que configuró una falla en el servicio médico y que como consecuencia quedó en condición vegetativa hasta el 26 de octubre de 2015, fecha en que falleció; que a su juicio, la atención prestada fue tardía pues el paciente ingresó sobre las 12 de la noche del 29 de septiembre y la una de la mañana del 30 de septiembre de 2012 siendo atendido solo hasta las dos y cinco de la mañana del 30 de septiembre lo que conllevo a una pérdida de tiempo considerable que hubiese podido cambiar las condiciones del estado de salud actual del mencionado Sergio Andrés, hecho que constituye responsabilidad por la que deben ser indemnizados sus parientes que comparten el extremo activo.

2.2. Parte demandada

El Departamento de Boyacá y el Municipio de Sogamoso sostienen que la ESE Hospital Regional de Sogamoso tiene personería jurídica, autonomía administrativa y financiera para responder por los eventuales perjuicios y que ninguno de ellos participó en la atención que se le prestó al joven Sergio Andrés y en esa medida no les asiste responsabilidad en los hechos de la demanda.

La ESE Hospital Regional de Sogamoso, sostiene que la atención prestada al joven Sergio Andrés Aldana estuvo desarrollada conforme a los protocolos establecidos para el II nivel de atención, que fue oportuna y que las secuelas actuales no obedecen a la atención brindada sino a un caso fortuito o fuerza mayor insalvable no atribuible a las actuaciones del personal médico del hospital por lo que no hay lugar a reclamar indemnización alguna por daños y perjuicios.

3. De las excepciones propuestas

Advierte el despacho que tanto el Departamento de Boyacá como la ESE Hospital Regional de Sogamoso propusieron la excepción que denominaron falta de causa petendi, la cual a juicio del despacho deberá ser resuelta previo a estudiar el fondo del asunto.

Así entonces, el ente territorial la fundamentó en que no se especificó la calidad de cada uno de los demandantes en relación con el paciente, como tampoco se reseñan los hechos de los cuales se derivan los supuestos perjuicios cuyo pago se demanda, por lo que hay lugar a proferir una resolución judicial inhibitoria.

Al respecto, se advierte que contrario a lo manifestado por el Departamento en el libelo introductorio los demandantes sí anunciaron la relación de parentesco que tienen con el joven Sergio Andrés Aldana Vásquez tal como se advierte a folio 11, e inclusive aportaron los documentos idóneos para demostrarlo, como son los registros civiles de nacimiento, de los cuales se extraer que Omar Joaquín Aldana Africano es el padre (f. 28), Nelson Enrique Aldana Africano el tío (f. 29), Angie Catalina Aldana Ruiz y Paula Valentina Aldana Mariño hermanas (f. 30 y 31) y Nora Cecilia Africano Español la abuela paterna (f. 32).

Lo anterior, acredita el interés que les asiste para incoar el medio de control de reparación directa y, en consecuencia, la legitimación de hecho por activa, si es lo que pretendía desvirtuar la entidad territorial. De igual manera, del escrito de demanda se extrae que la parte actora anunció suficientemente los supuestos fácticos de los cuales, a su juicio, se derivaron los perjuicios que solicita, tanto en el acápite de "hechos" (f. 3-13), como en el que denominó "fundamento jurídico" (f. 13-16), plasmando como conclusión que la falla en el servicio médico se generó por la falta de atención oportuna y el inadecuado manejo posoperatorio del joven Sergio Andrés Aldana Vásquez.

Así las cosas, fuerza declarar impróspera la excepción de falta de causa petendi propuesta por el Departamento de Boyacá

Por su parte, el centro médico señaló que la petición con que el juicio comienza constituye el cimiento del proceso, de manera que por más que los otros presupuestos se hallen reunidos debe poseer la calidad y aptitud que permita una decisión de fondo, por consiguiente no está al arbitrio del actor enmarcar ese pedimento a su parecer y, en ese sentido, no son predicables de la demanda los elementos necesarios para que válidamente llegue a formarse el vínculo jurídico procesal.

De acuerdo con la jurisprudencia contencioso-administrativa, en el proceso de responsabilidad extracontractual del Estado, *"los hechos son la causa petendi de la demanda, en cuanto configuran la causa jurídica en que se fundamenta el derecho objeto de las pretensiones y por eso, desde el punto de vista procesal, su afirmación constituye un acto jurídico que tiene la trascendencia y alcance de definir los términos de la controversia y por lo tanto el alcance de la sentencia"*[5]. De otra parte, la demanda debe contener igualmente los presupuestos fundamentales para integrar en debida forma el *petitum*, esto es, la aptitud de las pretensiones en su conjunto.

En el presente caso, advierte el despacho que tanto las pretensiones como los motivos por los cuales se demanda y los cargos que se esgrimen contienen suficiente aptitud para emitir un pronunciamiento de fondo, así como para establecer un vínculo jurídico procesal entre la parte actora y la ESE Hospital Regional de Sogamoso pues existe una determinación de hechos y pretensiones a través de los cuales se persigue la declaratoria de responsabilidad administrativa de dicha entidad. Otra cosa es que los mismos pueden resultar o no probados, lo cual corresponde al análisis del fondo del asunto y el estudio de las demás excepciones propuestas por la ESE.

Así las cosas, se declarará igualmente no probada la excepción de falta de causa petendi propuesta por la ESE Hospital Regional de Sogamoso y, teniendo en cuenta que los demás medios exceptivos propuestos por los demandados que no fueron resueltos en la audiencia inicial, penden de la prosperidad del fondo del asunto, se desatarán de consuno con los problemas jurídicos propuestos.

---

[5] *CONSEJO DE ESTADO, Sala Plena de lo Contencioso Administrativo. Sentencia del 14 de febrero de 1999, exp. S-123. Reiterado en la sentencia de la Subsección A de la Sección Tercera del 29 de mayo de 2014, exp. 36448 y en la sentencia de la Subsección C de la misma sección de 14 de diciembre de 2018, exp. 39779A.*

4. Marco Normativo y Jurisprudencial

Para resolver el problema jurídico planteado, resulta entonces relevante establecer cuál fue el origen de la encefalopatía anoxoisquémica y síndrome de Lance Adams y posterior muerte del señor Sergio Andrés Aldana Vásquez y si ésta fue o no consecuencia de la atención recibida en la ESE Hospital Regional de Sogamoso.

En este orden, se abordaran los siguientes aspectos: i). De la responsabilidad estatal por acto médico, (ii) Del título de imputación de responsabilidad estatal por la prestación del servicio de salud, (iii) Régimen probatorio en los casos de responsabilidad médica y (iv) de la pérdida de oportunidad.

4.1. De la responsabilidad estatal por acto médico

Tal como lo ha señalado la Sección Tercera del Consejo de Estado[6], la falla médica involucra:

> *"de una parte, el acto médico propiamente dicho, que se refiere a la intervención del profesional en sus distintos momentos y comprende particularmente el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, incluidas las intervenciones quirúrgicas, y de otra, todas aquellas actuaciones previas, concomitantes y posteriores a la intervención profesional, que operan desde el momento en que la persona asiste o es llevada a un centro médico estatal, actividades estas últimas que están a cargo del personal paramédico o administrativo. Todas estas actuaciones integran el "acto médico complejo", que la doctrina, acogida por la Sala[7] clasifica en: (i) actos puramente médicos; (ii) actos paramédicos, que corresponden a las acciones preparatorias del acto médico, que por lo general son llevadas a cabo por personal auxiliar, en la cual se incluyen las obligaciones de seguridad; y (iii) los actos extramédicos, que corresponden a los servicios de alojamiento y manutención del paciente"*

Como se aprecia, el servicio público sanitario y hospitalario no sólo está circunscrito a la prestación o suministro de los denominados "acto médico y/o paramédico", es decir, la atención dirigida o encaminada a superar o aliviar una enfermedad a partir de la valoración de los síntomas y signos evidenciados con el objetivo de restablecer la salud del paciente, sino que comprende otra serie de obligaciones principales como la de seguridad, cuidado, vigilancia, protección y custodia de los usuarios.

En ese orden de ideas, la responsabilidad patrimonial de la administración sanitaria y hospitalaria encuentra su fundamento en: el principio de la buena fe, el principio del interés general que lleva implícito la prestación del servicio referido, así como en los derechos de los pacientes y usuarios.

---

[6] *Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 23 de junio de 2010, exp. 19.101, C.P. Ruth Stella Correa Palacio.*
[7] *Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 28 de septiembre de 2000, exp: 11.405, C.P. Alier Eduardo Hernández Enríquez.*

En efecto, el numeral 3 del artículo 3º del Decreto 1011 de 2006[8], define la obligación de seguridad en la atención en salud como "...*el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de salud o mitigar sus consecuencias*."

Así las cosas, la responsabilidad extracontractual del Estado que se genera a partir de la ocurrencia de eventos adversos, esto es, la trasgresión del principio de seguridad, mismo que comprende las obligaciones de cuidado, vigilancia, protección, entre otras, tendrá como referente la falla del servicio, razón por la que siempre será imprescindible constatar, en el caso concreto, si el daño tuvo origen en la violación al deber objetivo de cuidado, es decir, provino de una negligencia, impericia, o imprudencia, tal y como lo ha manifestado la jurisprudencia de la Sección tercera del Consejo de Estado al señalar que:

> *"(...) cuando a la Administración Pública se le ha impuesto el deber jurídico de evitar un resultado dañoso, aquella asume la posición de garante en relación con la víctima, razón por la cual de llegarse a concretar el daño, éste resultará imputable a la Administración por el incumplimiento de dicho deber"*[9]

Al respecto, el Máximo Órgano de la Jurisdicción Contenciosa Administrativa, en sentencia del 4 de octubre del 2007[10], señaló:

> *"Por posición de garante debe entenderse aquélla situación en que coloca el ordenamiento jurídico a un determinado sujeto de derecho, en relación con el cumplimiento de una específica obligación de intervención, de tal suerte que cualquier desconocimiento de ella acarrea las mismas y diferentes consecuencias, obligaciones y sanciones que repercuten para el autor material y directo del hecho"*
>
> *Así las cosas, la posición de garante halla su fundamento en el deber objetivo de cuidado que la misma ley –en sentido material– atribuye, en específicos y concretos supuestos, a ciertas personas para que tras la configuración material de un daño, estas tengan que asumir las derivaciones de dicha conducta, siempre y cuando se compruebe fáctica y jurídicamente que la obligación de diligencia, cuidado y protección fue desconocida."*

Por otra parte, el H. Consejo de Estado se refirió a la naturaleza de las obligaciones de los prestadores del servicio médico las cuales, salvo casos excepcionales, se resumen en obligaciones de medio y no de resultado.

---

[8] *Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud*
[9] *Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 4 de octubre de 2007, Exp. 15.567. M.P. Enrique Gil Botero.*
[10] *Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 4 de octubre de 2007, Exp. 15.567. M.P. Enrique Gil Botero.*

Así, en la providencia del 31 de mayo de 2016[11] se refirió al hecho de que previo a emitir un pronunciamiento sobre la responsabilidad en la prestación del servicio de salud frente a la ocurrencia de un resultado desafortunado, es preciso considerar la naturaleza del acto médico y de la consecuente índole de las obligaciones que se derivan de su ejercicio. En tal sentido, consideró:

> *"En efecto, a pesar de los notables progresos que ha experimentado en los últimos siglos, el ejercicio de la medicina comporta riesgos cuyo control escapa a la ciencia, haciendo ajena a la actividad la completa exactitud y a cualquier pretensión de infalibilidad. Esto es así porque todo procedimiento médico implica algún grado de riesgo (así en algunos casos pueda ser ínfimo) cuya eventual realización la asume el paciente, una vez conocida en forma de consentimiento informado.*
>
> *En vista, pues, de que a la práctica médica atañe siempre un cierto componente de inexactitud o si se quiere de alea, no es dable sostener que las obligaciones que las instituciones médicas y asimismo los profesionales de la salud contraen con los pacientes sean de resultado. Por eso, aunque se han abandonado unánimemente las posturas que abogan por una total irresponsabilidad del médico, la naturaleza de medio de las obligaciones médico asistenciales y hospitalarias es de común aceptación".*

En tal sentido, si bien es cierto que el paciente tiene derecho a exigir la mayor diligencia posible, de todas maneras debe considerarse que el mero "fracaso" del procedimiento médico no constituye *per se* una violación de las obligaciones que se adquieren con la prestación.

Además de lo anterior, la Alta Corporación[12], definió qué es la atención adecuada y diligente en los siguientes términos:

> *"Es de común aceptación, en efecto, que la diligencia médica exige acudir a todos los medios posibles para la salvaguarda de la vida y la salud del paciente, mas, como cada uno de los términos antes mencionados tiene un cierto grado de polisemia, se impone hacer precisiones adicionales. En primer lugar, es menester resaltar que el deber de salvaguardar implica tanto la prevención como el tratamiento. En segundo lugar, se debe resaltar que, como lo ha puesto de manifiesto la jurisprudencia de las jurisdicciones constitucional y contencioso administrativa, los bienes jurídicos de la vida y la salud no se refieren únicamente al mantenimiento de la subsistencia y la funcionalidad orgánica, sino que está permeada por las exigencias de la dignidad humana, de lo cual se sigue que la*

---

[11] CONSEJO DE ESTADO. SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO. SECCIÓN TERCERA - SUBSECCIÓN B. Consejera ponente: STELLA CONTO DÍAZ DEL CASTILLO. Bogotá, D.C., treinta y uno (31) de mayo de dos mil dieciséis (2016). Radicación número: 17001-23-31-000-2002-11611-01(33650). Actor: NORLEY MEJÍA CRUZ. Demandado: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS RIOSUCIO Y HOSPITAL DE CALDAS E.S.E.

[12] Cfr. Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección B, sentencia de 28 de febrero de 2013, C. P.: Stella Conto Díaz del Castillo, Exp. 26398.

obligación médica se extiende a situaciones terminales, con un componente paliativo y que las acciones tendientes a la recuperación de la funcionalidad e integridad orgánica o a la mitigación del dolor deben realizarse siempre de acuerdo con la exigencia de respeto al paciente y sus allegados, frente a quienes se tiene obligaciones de veracidad, garantía del consentimiento informado y, en general, de trato acorde con la dignidad humana.

Para efectos del caso concreto, se ha de resaltar que una dimensión importante de la diligencia en el servicio médico, tiene que ver con la prestación efectiva y pronta del mismo, esto es, con la garantía de la atención, el ingreso, la celeridad, la calidad del servicio y la evitación de trámites innecesarios. En resumen, parte de la humanización a la que debe propender el servicio médico, consiste en la implementación de procedimientos logísticos que agilicen y optimicen la atención al usuario, de modo que éste no vea agravada su situación con innecesarias dilaciones burocráticas o deficiencias en la dotación de elementos al igual que de personal médico, paramédico o asistencial.

Por lo anterior, se debe resaltar que la negligencia alegada en los casos de responsabilidad médica no solamente se limita a la mala praxis, por parte del personal tratante, sino que puede darse también en virtud de un desorden infraestructural (ya sea de la Institución médica o del sistema de salud como un todo) por cuya causa, los médicos tratantes ven entorpecida su actuación, aunque, en el caso concreto, actúen dentro de los parámetros de la diligencia posible. En resumen, la negligencia puede ser profesional, pero también sistemático-institucional".

4.2. Del título de imputación de responsabilidad estatal por la prestación del servicio de salud – actividad médica

Sobre el particular, la Sección Tercera del Consejo de Estado ha consolidado una posición en materia de responsabilidad del Estado por la prestación del servicio de salud, en virtud de la cual aquella es de ***naturaleza subjetiva***, advirtiendo que es la ***falla probada del servicio*** el título de imputación bajo el cual es posible configurar la responsabilidad estatal por la actividad médica hospitalaria, de suerte que se exige acreditar la falla propiamente dicha, el daño antijurídico y el nexo de causalidad entre aquella y éste[13].

En materia médica, para que pueda predicarse la existencia de una falla, el Consejo de Estado ha precisado que es necesario que se demuestre que la atención no cumplió con estándares de calidad fijados por el estado del arte de la ciencia médica, vigente en el momento de la ocurrencia del hecho dañoso[14].

---

[13] Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencias de: agosto 31 de 2006, exp. 15772, C.P. Ruth Stella Correa; de octubre 3 de 2007, exp. 16402, C.P. Mauricio Fajardo Gómez; exp. 16080, C.P. Mauricio Fajardo Gómez: del 18 de febrero de 2010, exp. 20536C.P. Mauricio Fajardo Gómez y del 9 de junio de 2010, exp. 18683, C.P. Mauricio Fajardo Gómez, entre otras.
[14] Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 25 de febrero de 2009, exp. 17149, C.P. Ruth Stella Correa Palacio.

Del mismo modo, deberá probarse que el servicio médico no ha sido cubierto en forma diligente, esto es, que no se prestó el servicio con el empleo de todos y cada uno de los medios humanos, científicos, farmacéuticos y técnicos que se tengan al alcance[15].

Ahora, si bien es cierto que en tratándose de supuestos en los cuales se discute la declaratoria de responsabilidad estatal con ocasión de actividades médico-asistenciales, la responsabilidad patrimonial que le incumbe al Estado debe ser analizada bajo el régimen de la falla probada del servicio, también lo es que, en atención al carácter técnico de la actividad médica y a la dificultad probatoria que ello conlleva, el nexo de causalidad puede acreditarse de diversas maneras, en especial mediante la utilización de indicios, que no en pocas ocasiones constituye el único medio probatorio que permite establecer la presencia de la falla endilgada[16].

5. Caso concreto

Conforme al marco normativo, lo primero que habrá de establecer el juzgado para definir si están probados los elementos que estructuran la responsabilidad en cabeza del Estado, es la existencia del daño.

De resultar esto cierto, deberá pasarse a analizar la atribución de su causación a la administración y por contera a verificar la existencia del nexo causal entre éstos, lo que implicaría entonces verificar cómo debe ordenarse el resarcimiento del perjuicio que se haya causado.

5.1. Del daño

Se hace necesario entonces, realizar el estudio del elemento del daño, el cual se ha entendido jurisprudencialmente como:

> *"(...) el detrimento, perjuicio, menoscabo, dolor o molestia causado a alguien, en su persona, bienes, libertad, honor, afectos, creencias, etc., suponiendo la destrucción o disminución de ventajas o beneficios patrimoniales o extrapatrimoniales de que goza un individuo, sin que el ordenamiento jurídico le haya impuesto a la víctima el deber de soportarlo, es decir, que el daño carezca de causales de justificación (Consejo de Estado – Sección Tercera, sentencia del 27 de enero del 2000, M.P: Alier E. Hernández Enríquez).*

En el *sub examine* los daños invocados por los demandantes consisten en el deterioro del estado neurológico que sufrió el joven Sergio Andrés Aldana Vásquez, a su juicio por la falta de atención oportuna y de conforme a los protocolos médicos que le brindó la ESE Hospital Regional de Sogamoso el 30 de septiembre de 2012, por el cual se le diagnóstico encefalopatía anoxoisquémica y síndrome de Lance Adams, que lo condujeron a un estado vegetativo que se mantuvo hasta el 26 de octubre de 2015, fecha de su

---

[15] Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 11 de febrero de 2009, exp. 14726, C.P. Ramiro Saavedra Becerra.
[16] Consejo de Estado. Sección Tercera, Subsección A, sentencia de 25 de enero de 2017. M.P. Hemán Andrade Rincón. Exp 36.816.

609

fallecimiento; daños por los que los demandantes solicitan la indemnización de perjuicios de orden material, moral y atinentes a la vida de relación o alteración de las condiciones de existencia de la víctima directa.

Clarificado lo anterior, de acuerdo a las probanzas allegadas al plenario, en especial la historia clínica referente a la atención médica prestada al joven Sergio Andrés Aldana Vásquez en la ESE Hospital Regional de Sogamoso (f. 205-239), se acreditó que ingresó al servicio de urgencias de dicho centro médico el 30 de septiembre de 2012, con una herida precordial con objeto cortopunzante que le generó un taponamiento cardíaco, por lo que tuvo que ser intervenido quirúrgicamente. Posteriormente, con el paso de las horas presentó un compromiso severo del estado neurológico y movimientos tónicos persistentes (convulsiones), siendo finalmente trasladado a la IPS Salud Vital de Duitama sobre el medio día.

El joven Sergio Andrés Aldana quedó con secuelas de *encefalopatía anoxoisquémica*[17] y *síndrome de Lance Adams*[18], que le generaron compromiso de su estado neurológico, según se desprende de las historias clínicas de la ESE Hospital Regional de Sogamoso (f. 219 vto. y 229) y el Hospital Regional de Duitama (f. 33-34 y Anexo No. 2), y por ende quedó en "estado vegetativo" que se mantuvo hasta el día 26 de octubre de 2015, cuando falleció tal como se desprende del certificado y el registro civil de defunción obrantes a folios 283 a 284, de tal suerte que salta a la vista que sufrió un daño personal y cierto que constituyó una grave lesión a su integridad y vida, y determinable pues basta con verificar las actividades laborales y/o personales que realizaba el afectado antes de sufrir la afectación a su salud, las cuales además de poderse comprobar con pasibles de tasación.

Ahora, en lo que tiene que ver con los demás demandantes, acreditaron tener la siguiente relación de consanguinidad con la víctima directa Sergio Andrés Aldana Vásquez:

- Omar Joaquín Aldana Africano: padre (f. 28).
- Nelson Enrique Aldana Africano: tío (f. 29).
- Angie Catalina Aldana Ruiz: hermana (f. 30).
- Paula Valentina Aldana Mariño: hermana (f. 31).
- Nora Cecilia Africano Español: abuela paterna (f. 32).

De acuerdo a lo anterior, puede afirmarse que el grave estado de salud y posterior muerte de su familiar constituye indefectiblemente un menoscabo

---

[17] *La encefalopatía anoxo-isquémica es el síndrome producido por el desequilibrio entre la disminución del aporte de oxígeno y del flujo sanguíneo cerebral. Entre las causas de este fenómeno están: la hipoxemia sistémica (asfixia, insuficiencia respiratoria), alteraciones en el transporte de oxígeno (anemia aguda, intoxicación por monóxido de carbono) y la reducción global del flujo sanguíneo cerebral, como es el caso del paro cardiaco. Tomado de https://medicinainterna.org.mx/article/encefalopatia-anoxo-isquemica-posterior-al-paro-cardiorrespiratorio/*

[18] *La mioclonía poshipoxia crónica (MPH), también conocida como síndrome de Lance Adams (SLA), está caracterizada por mioclono de acción (tirones o sacudidas involuntarias y súbitas de un músculo o grupo de músculos) y ataxia cerebelosa (falta de control muscular o coordinación de los movimientos voluntarios). Tomado de https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmed/cm-2013/cm131h.pdf, https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/ataxia/symptoms-causes/syc-20355652 y https://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/mioclonos.htm.*

personal y cierto, pues teniendo en cuenta las reglas de la experiencia es natural que ante el fallecimiento de un consanguíneo exista una afectación material y moral de sus familiares, lo cual permite presumir *a priori* el grado de afectación y detrimento, cuya antijuridicidad se examinara al abordar el elemento relativo al nexo causal.

De igual manera, el daño resulta determinable pues se funda en el reclamo de los perjuicios materiales y morales que sufrieron dichos accionantes en calidad de parientes por consanguinidad y que son cuantificables en sumas monetarias.

En consecuencia, el análisis del primer elemento constitutivo de la responsabilidad del Estado en los términos del artículo 90 de la Constitución Política, se encuentra acreditado.

5.2. Falla en el acto médico y nexo causal

Establecida la existencia de los daños alegados, aborda el despacho de el análisis de la presunta falla en el servicio médico, con el fin de determinar si en el *sub judice* dichos daños le pueden ser atribuidos a las entidades demandadas y, por lo tanto, constituye deber jurídico a su cargo el resarcir los perjuicios que de los mismos se derivan.

Una vez revisado el escrito introductorio, se extrae que la parte demandante, le atribuye a la ESE Hospital Regional de Sogamoso la configuración de una falla del servicio médico oficial, a la falta de atención oportuna al joven Sergio Andrés Aldana Vásquez y al inadecuado manejo posoperatorio que a su juicio se apartó del protocolo médico; en cuanto al Departamento de Boyacá y el Municipio de Sogamoso les endilga la falla correspondiente a la falta de vigilancia de la prestación del servicios de salud al joven Sergio Andrés Aldana Vásquez por parte de la ESE Hospital Regional de Sogamoso.

Por su parte la ESE Hospital Regional de Sogamoso, sostiene que la atención prestada al joven Sergio Andrés Aldana estuvo desarrollada conforme a los protocolos establecidos para el II nivel de atención, que fue oportuna y que las secuelas actuales no obedecen a la atención brindada sino a un caso fortuito o fuerza mayor insalvable no atribuible a las actuaciones del personal médico del Hospital por lo que no hay lugar a reclamar indemnización alguna por daños y perjuicios. A paso que las entidades territoriales arguyen no haber prestado servicio de salud alguno a la víctima directa.

Así las cosas, en primer lugar deberá determinarse la existencia de una falla estrictamente médica o derivada de la prestación del servicio de salud de la ESE Hospital Regional de Sogamoso y de ser así, ahí sí establecer si existió alguna falla por parte del Departamento de Boyacá y/o el Municipio de Sogamoso en cuando a su deber de vigilancia de la prestación de dicho servicio.

Dicho lo anterior, en cuanto al punto atinente a la falta de atención oportuna, advierte el despacho que existe discusión alrededor de la hora de llegada del joven Sergio Andrés Aldana Vásquez a la institución que le prestó el servicio de salud, por lo que habrá que esclarecerse tal situación para efectos de poder determinar la oportunidad en el suministro de la atención médica.

En la historia clínica del joven Sergio Andrés Aldana Vásquez, suministrada por la ESE Hospital Regional de Sogamoso (f. 205-239), aparecen registradas 3 notas en las cuales se plasmó que el paciente ingresó a dicha institución a las 02:05 minutos de la mañana del día 30 de septiembre de 2012, una de atención de urgencias (f. 217), otra de epicrisis (f. 218) y otra de enfermería (f. 234).

Ahora, cabe señalar que el despacho realizó un despliegue probatorio a fin de obtener las declaraciones de quienes presuntamente estuvieron presentes al momento del ingreso de la víctima al centro hospitalario, así como las grabaciones de seguridad del mismo, el cual resultó infructuoso; de manera que, siendo carga de la parte demandante es posible afirmar que esta no aportó prueba alguna que indicara que el arribo del joven Sergio Andrés Aldana Vásquez a la ESE Hospital Regional de Sogamoso haya sido a la 01:00 de la mañana del 30 de septiembre de 2012, como se indica en la demanda y no el consignado en la historia clínica que señala que fue a las 02:05 de la mañana.

No pasa desapercibido el despacho que a folio 19 del Anexo 1, correspondiente al proceso penal adelantado con ocasión de los hechos de que fue víctima el joven Sergio Andrés Aldana Vásquez, obra entrevista realizada al señor Nelson Enrique Aldana Africano, tío del lesionado, en la cual señaló que a la una de la mañana recibió una llamada de su hermano quien le avisó del suceso ocurrido con Sergio Andrés, así:

> *"...era el 28 de septiembre, era día de elecciones, había ley seca, serían como la 1:00 de la madrugada era un domingo, cuando le llamó su hermano OMAR JOAQUÍN ALDANA AFRICANO, para informarle que habían apuñalado al hijo SERGIO ANDRÉS, que debía ir al hospital de Sogamoso a colaborarle porque él se encontraba en Duitama, por lo que se acercó al Hospital y ahí se encontraba su sobrino Sergio Andrés en observación, no estaba tan grave, tenía una lesión una herida como de cuchillo, algo cortopunzante a la altura del corazón, sangraba bastante, le observó de lejitos, ahí duró unas horas y lo trasladaron para Duitama a la UCI..."*

Sin embargo, cabe señalar en este punto que aunado a la inconsistencia en la fecha de la ocurrencia de los hechos, el señor Nelson Aldana no manifestó claramente que a la 1:00 de la mañana haya arribado él o su sobrino al centro hospitalario, como tampoco determinó la hora exacta en que esto ocurrió. Además, de la denuncia que interpuso el señor Omar Joaquín Aldana Africano (f. 2), padre del lesionado, se extrae lo siguiente:

> *"... EL DÍA SABADO 28 DE SEPTIEMBRE LO LLAME Y ME DIJO QUE ESTABA JUICIOSO, QUE ESE DIA NO TRABAJABA Y QUE NO HABIAN ABIERTO EL NEGOCIO PUES ERA LEY SECA, INCLUSIVE ME PASO EL PATRON CON QUIEN HABLE Y ME DIJO QUE ESTABA BIEN Y DE AHÍ PARA ACA NO SUPE NADA, <u>HASTA LAS 2:00 A.M, DEL DIA DOMINGO 30 DE SEPTIEMBRE,</u> EN DONDE ME LLAMO UNA SEÑORA DE QUIEN NO SUPE SU NOMBRE Y ME PREGUNTO QUE SI ERA*

FAMILIAR DE UN MUCHACHO QUE IBA VESTIDO CON UNA CAMISETA DE NACIONAL Y UNA SUDADERA NEGRA, QUE EN EL CELULAR DE EL APARECIA COMO APA Y ME DIJO QUE LO HABIAN APUÑALEADO Y QUE LO HABIAN LLEVADO AL HOSPITAL DE GRAVEDAD. LUEGO DE ESTO LLAME A MI HERMANO DE NOMBRE NELSON ENIRQUE ALDANA PARA QUE SE ACERCARA AL HOSPITAL A VERIFICAR LO SUCEDIDO Y EFECTIVAMENTE EL SE ACERCO..."

De acuerdo a lo anterior, existe contradicción entre las dos declaraciones, por lo que no pueden tenerse por ciertas las afirmaciones realizadas en la demanda en cuanto a la hora de arribo del joven Sergio Andrés Aldana Vásquez a la ESE Hospital Regional de Sogamoso y por ende fuerza estarse a lo consignado en la historia clínica para tener por sentado que dicho ingreso tuvo lugar a las 2:05 minutos de la mañana del 30 de septiembre de 2012, atendiendo a que la parte actora no logró desvirtuar lo allí plasmado.

Aclarado lo anterior, deberá estudiarse si la ESE Hospital Regional de Sogamoso le brindó atención oportuna y de calidad al joven Sergio Andrés Aldana Vásquez, teniendo como referencia dicha hora y, para el efecto se analizará la atención pre, intra y posoperatoria.

Cabe señalar en este punto que fue allegado con la demanda concepto técnico médico (f. 60-63), rendido por el Médico Cirujano, Especialista en Medicina Interna, LUIS ANTONIO MARIÑO TIBOCHA, profesional que acreditó su idoneidad profesional como se observa a folios 462 a 497, del mismo modo, en desarrollo de la audiencia de fecha 1° de agosto de 2017 (f. 457) se efectuó la contradicción del concepto presentado (cd. f. 457, minuto 14:51 a 01:06:05). En dicho informe se plasmó como conclusión la siguiente:

"CONCLUSIÓN
Debe dejarse en claro que la situación real que desencadenó la encefalopatía fue el taponamiento cardiaco, esta fue la injuria de origen, la situación que desencadena toda esta situación o catástrofe para el paciente, en primera instancia; en este sentido, cabe reflexionar y hacer un llamado a corregir urgentemente que no se entiende cómo un hospital, que es centro de referencia, como el Hospital Regional de Sogamoso no cuenta con una unidad de cuidado intermedio o unas camas de cuidado intensivo para suplir situaciones como estas. La posible demora en la primera hora de atención pudo ser un factor determinante en que el taponamiento cardiaco fuera la base para la falta de oxígeno que produce un diagnóstico como el de SERGIO ANDRÉS ALDANA VÁSQUEZ de encefalopatía anoxoisquémica y síndrome de Lance Adams."

Según se determinó en la diligencia de contradicción dicho concepto fue emitido con base en la historia clínica aportada con la demanda y que obra a folios 33 a 59 del expediente y si bien dentro del mismo se incluyó un acápite denominado "hora de ingreso del paciente al servicio de urgencias del Hospital Regional de Sogamoso", el profesional manifestó desconocerlo por cuanto no le constaba dicha situación sobre la hora de arribo del paciente al centro médico.

De otra parte, también se allegó dictamen pericial de 22 de noviembre de 2017 (f. 515-517), presentado por el Médico Cirujano Especialista en Cirugía General, GUIHOVANY ALBERTO GARCÍA CASILIMAS, dictamen que fue objeto de aclaración por la parte demandante, misma que se absolvió en la audiencia de 3 de abril de 2018 (f. 541), en la cual igualmente se surtió la respectiva contradicción de la pericia (cd. f. 548, minuto 20:29 a 01:05:48). Del mismo modo, se encuentran en el expediente los documentos que acreditan la idoneidad del perito conforme se advierte a folios 548 a 579 de las diligencias. En dicha prueba pericial se plasmó la siguiente conclusión:

> *"3. Conclusión: de acuerdo con la información brindada en los folios, los procedimientos y atención brindada por la E.S.E. Hospital Regional de Sogamoso y la E.S.E. Hospital Regional de Duitama, sí estuvieron acordes con los protocolos médicos de acuerdo con el nivel de complejidad y al señor Sergio Andrés Aldana Vásquez se le brindó la atención requerida a que había lugar por parte de las entidades hospitalarias."*

Según se estableció en la diligencia de contradicción dicho concepto fue emitido con base en la historia clínica que reposa en el Anexo No. 3, siendo del caso señalar que ésta coincide con la que fue aportada por la ESE Hospital Regional de Sogamoso con la contestación de la demanda y que obra a folios 205 a 239.

Cabe resaltar que, ninguno de estos dos conceptos técnicos fueron tachados por las partes, por lo que se encuentran en estado de ser valorados en conjunto con las demás pruebas obrantes en el proceso y de acuerdo con los elementos que aportaron a su enriquecimiento con ocasión de la contradicción que se les surtió.

Dicho lo anterior, debe traerse a colación la atención que, según lo registrado en la historia clínica, se le brindó al joven Sergio Andrés Aldana Vásquez en la ESE Hospital Regional de Sogamoso el 30 de septiembre de 2012, desde su llegada a las 02:05 a.m., hasta su traslado a la IPS Salud Vital de Duitama, servicios de salud que quedaron consignados de la siguiente manera:

- Atención por el servicio de urgencias, donde se registró como fecha de procedimiento el 30 de septiembre de 2012 (f. 217):

> *"ATENCION URGENCIAS*
> ***2+05*** *<u>ingresa pte traído por taxista que refiere que lo encontró "botado" y lo trajo en mal estado general cianosis</u>* ***TA 60/30 FR 12x' T° 36°C*** *<u>no responde</u>, mucosa oral seca, pupilas 3 mm isocoricas, ingurgitación yugular bilateral C/P RSRS normal RSCS velados <u>herida de.. 1cm precordial</u> sangrado escaso Abd Rsls + blando extremidades simétricas. <u>Se colocan 2 accesos venosos</u> con SSN 0,9%. <u>Se da soporte con UBM se lleva pte a salas de cirugía.</u>*
>
> *<u>Idx 1 taponamiento cardiaco</u>*
> *Se da aviso a las autoridades*
> *Se diligencia historia después de atención*

Ss/Hb HTO 6s. se reservan 2UGR
Hb 15.7 gr/dl Hro 46.9% 6s A+

*Medicina interna **11+00** 30/09/2012*
Se atiende llamado por parte que cirugía general paciente quien persiste con movimientos tónicos persistentes que no mejora con tratamiento con diazepam 10 mg/liu. Por lo cual se solicita TAC cerebral para realizar con sedación en el momento no se cuenta con electrolitos en la institución se realiza intubación orotraqueal #8 (primer intento con dificultad para su paso se intenta tubo #7,5) se comprueba ventilación en ambos campos pulmonares se encuentra con buena ventilación SSII Radiografía de tórax... para comprobar posición de tubo. ***Paciente con saturación 98% fc:80 Tin 150/76 mmHg media de 104 en el momento estable*** *estaremos atentos a evolución y Remisión a uci se tto con dipirona, diazepam. Gluconato de calcio. Dexametasona.*
Observación
Durante intubación orotraqueal se realiza primer intento con tubo #8 con dificultad de su paso por calibre. Segundo intento con tubo #7.5. sin complicaciones.
(...)" (Resaltos del despacho)

- Epicrisis (f. 218)

*"12/09/30 **2+05 am***
3- Dx, PROCEDIMIENTOS Y Ho
Dx Ingreso: taponamiento cardiaco
Dx Egreso: POP Toracotomia + rafia corazo
Complicaciones: Deficit neurológico
Procedimientos quirúrgicos u obstétricos: toracotomía + rafia corazo
5- ORDENAMIENTO
Paciente de 22 años ingresa traido por taxista quien refiere que lo encontró y lo trajo. Pcte en mal estado general, cianosis generalizada ***TA: 60/30 FR 12***
No responde a estímulos mucosa oral seca, pupilas 3mm isocoricas, regurgitación yugular bilateral RSCS velados herida = 1cm precordial sangrado escaso. Abdomen blando RSIS + se toman dos accesos venosos SSN 0.9% soporte con VBM. Se pasa a salas de cirugía IDx: taponamiento cardiaco
Se da aviso a las autoridades. SS / HB , RIT hemoclasificación. Se reservan 2UGR. Hb
En cirugía se encuentra taponamiento cardiaco + herida de ventrículo derecho. Se realiza masaje directo por presencia de paro cardiaco. Se sutura con 1 punto de U procede 3-0.
Colocación de tubo de torax.
30/09/2012 paciente con movimientos tónicos persistentes que no ceden con tto con diazepam SS/TAC cerebral
Se realiza intubación orotraqueal con tubo 7.5 ***sat: 98% FC: 80x TA 150/76***
Se realiza remisión a UCI

Paraclínico Hb:15.7 Htco 46.9% 65: A+

612

Hb: 14.8 Htco:44.5. Rx tórax: se observa tubo de tórax en hemotorax izq c/u hemo tórax
Tubo endotraqueal a nivel de CS Silueta cardiaca normal. TAC cerebral: sin alteraciones, dentro de parámetros normales.
(...)" (Resaltos del despacho)

- Evolución (f. 219)

"30/9/12 CIRUGIA
Nota operatoria
Dx Pre: herida por arma corto-punzante precordial. Taponamiento cardiaco
Dx Post: IDEM + Herida ventrículo derecho
Procedimiento. Toracotomía anterior izq. Rafia corazón. Drenaje hemopericardio. Masaje cardiaco directo.

30/09/12 evolución cirugía general
Paciente en camilla estuporoso, con Dx:
1) alteración estado de conciencia Glasgow 6/15
2) estado postreanimación
3) POP toracotomía anterior izquierda 5) ***estado embriaguez***
Rafia corazón
Drenaje hemopericardio
4) herida ACP para esternal izquierda (4º espacio IC)
Paciente estuporoso con SU: ***TA 130/67 fc:63x¹***
XR: sat 0_2 93% con máscara*, pupilas isocoricas normo reactivas, escleras anocterias, conjuntivas hipocromicas, mucosa oral húmeda, C/P RsCs rítmicos disminuidos intensidad, RsRs velados base pulmonar izquierda, disminución murmullo vesicular, tubo a torax izquierdo a trampa de agua, funcional, abdomen blando no masas, extremidades sin ectema, sonda vesical drenando a...*
Nota revista 09+30
Paciente con deterioro de su estado neurológico inconsciente, con mov tónicos generalizados de duración prolongada que no ceden posterior a la administración de fenitoína (Bolo). ***Se considera paciente con compromiso severo del estado neurológico con deterioro progresivo. Se decide remitir como urgencia vital dado el pronóstico y necesidad de manejo por unidad de cuidados intensivos.***

30/09/2012 ***9+30*** *nota med interna*
Paciente con compromiso del estado neurológico (Glasgow 6/15) secundario a shock hipovolémico por taponamiento cardiaco (herida cortopunzante precordial). En el momento ***SU FC 113 x¹***
TA 130/65 PAM 87
Con movimientos tónico generalizados de duración prolongada se considera paciente con status convulsivo secundario a noxa neurológica.
Cont →
(...)" (Resaltos del despacho)

- Evolución (f. 229)

"continuación
30/09/12 por isquemia. Además estado alcoholemia asociada.
Al examen físico inconsciente. Pupilas isocoricas normoreactivas. RsRs co disminución murmullo. Ab sin cambios Ext adecuada perfusión distal. Glasgow 6/15 (E1V1M4) No focalización. Aliento alcohólico

Idx: 1 Status convulsivo
2 Estado neurológico Glasgow 6/15 (E1V1M4)
3 POP inmediate toracotomía Ant Izq / rafia corazón / drenaje Hemopericardio
4 taponamiento cardiaco secundario a herida ACP precardio

Plan: remisión urgencia vital ***(no posee documentos seguridad social)***
Bolo fenitoina 500 mg en 20 min. Mantener 125 mg/ c8h
Se habla con familiares por mal estado
(...)" (Resaltos del despacho)

- Formato de referencia y contrareferencia (f. 205)

"12/09/30
Tipo de trámite urgente
Institución de origen
Hospital Regional de Sogamoso E.S.E.
Servicio: cirugía general

Institución de destino
Servicio: UCI

Anamnesis: paciente de 22 años en POP toracotomía + rafia corazón ventrículo derecho, que en intraoperatorio presentó paro cardíaco que respondió a masaje cardíaco. Actualmente presenta deterioro neurológico, movimientos tónicos persistentes, de duración prolongada sin mejoría con... requirió 2 UGRE

Justificación motivo de la remisión
Urgencia vital no se cuenta con UCI"

- Formato de referencia y contrareferencia diligenciado por la especialidad de cirugía (f. 207):

"12/09/30 ***3+00 am***
Tipo de trámite urgente
Institución de origen
Hospital Regional de Sogamoso E.S.E.
Servicio: cx

Institución de destino
Servicio: UCI

Anamnesis: paciente ingresa en mal estado general con herida precordial izquierda por arma blanca, es llevado a salas de cx donde realizan toracotomía + rafia de corazón por un taponamiento cardiaco...

Justificación motivo de la remisión
Monitoreo postoperatorio"

- Se ordenó traslado medicalizado, por parte del médico cirujano de la ESE Hospital San Rafael (f. 208).

- Evolución (f. 210):

*"30/09/2012 **03+55** se recibe remisión de urgencias*
***03+58** se envía fax a Dayen a García valle del sol P Rta pte sin seguridad social suspendido en Saludcoop se envía por gmail a Medilaser, HSRT, CRUEB.*
***04+10** va clínica especialistas*
... refiere no hay ventilar disponible
***04+15** no ventilador disponibles*
***04+25** se envía a salud vital*
P Rta
***04+35** HSRT*
Recibió gmail P Rta
***04+45** Ricardo Alba CRUEB se le comenta caso va a llamar a Medilaser P Rta*
***05h** Ricardo alba CRUEB Medilaser no responde, llamar a Saludcoop Tunja... y comentar pte ellos deben asumirlo, el intenta comunicarse nuevamente con Medilaser P Rta*
***05h** se recibe llamada de yenny bello sala cx refiere q' la Dra Marthe desentubo pte y en el momento se encuentra estable continuar tramite*
*30/09/12 **9h** se recibe llamado de luz salamanca aux de salas de cx, pte en malas condiciones se debe continuar remisión; se le informa que se necesita evolución del pte*
***10 h** se recibe nueva remisión para pte se comenta pte con jefe fatima de uci clínica de especialistas quien refiere no contar con disponibilidad de camas*
***10+05h** se comenta pte con clara hurtado de HSRT; refiere pte negado por Dra Johana Villamil por no disponibilidad de camas*
***10+10h** se habla con erika de uci clínica valle del sol: refiere no contar con disponibilidad de ventiladores*
***10+10h** se comenta pte con victor estupiñana de uci salud vital quien refiere que se envie la referencia la cual se envía por fax P respuesta*
***10+20h** se envía nueva referencia a HSRT; clínica Medilaser y al crueb*
***10+25h** se habla con zilia lopez de clinica*

- Evolución (f. 209):

"30/09/12 ***10+25*** *Medilaser quien refiere que el cx cardiovascular no va a estar hoy; sin embargo manifiesta llamar en 10 minutos pues le van a comentar al especialista*
10+45h se habla con Víctor Estupiñan de uci salud vital quien refiere pte aceptado *por Dr. Giraldo, se informa a médico tratante, familiares...*
12+30 sale pte en ambulancia medicalizada a uci salud vital; *pte en compañía de la abuelita"*

- Se diligenció formato de consentimiento informado para traslado de pacientes en ambulancia firmado por la señora Hohora Cecilia Africano el 30 de septiembre de 2012, a través del cual autorizó al Hospital Regional de Sogamoso E.S.E., el traslado de Sergio Andrés Aldana hasta la UCI SALUD VITAL tipo de traslado medicalizado, tipo de recorrido sencillo (f. 44).

- Evolución (f. 228)

"30/sep/2012 ***11+00***
Paciente con dx
POP: ... + TORACOTOMIA
... con movimientos musculares generalizados
Fenitoina 250 mg
... TAC cerebral y luego UCI"

- Notas de enfermería (f. 234):

"30/09/2012 ***02+05*** *ingresa pte traido por taxista, presente hx penetratne en torax anterior, se pone en camilla a sala de reanimación #1 valorado x la Dm Clauida Oviedo quien determina taponamiento cardiaco. Ordena se canalicen dos (2) accesos venosos en msi con Angioanth #14 y msd con angioanth #18, se toman muestras para Hb + Hto y pruebas cruzadas, se inician ssNo. 9/500 cc/ c/u se pasa de urgencia a salas de cirugía donde lo recibe el Dr Jeaneret.*
30/09/2012 ***2h*** *ingresa pte a salas de cx en camilla, inconciente con LEV permeables en MSI y MSO pasando LRinger, herida por ACP a nivel torax, se pasa a sala de cx N°1, se pasa a mesa Qx, se monitoriza con* ***SV TA:83/30 fc:62x¹ SPO2: 73%*** *Dra. Marthe valora pte, inicia inducción de anestesia general, entuba con TET 7.5, fija y deja en ventilación mecánica. Se realiza desinfección del área Qx con isodine espuma.*
2+20h *inicia procedimiento Qx sin novedad, como cirujano Dr. Jeannetet anestesiólogo Dra Marthe Ayudante Dr. Cifuentes Inst Qxi CaroP, circulante Mireya T – YennyB, para recuento*
Compresas: 10 y recuento completo ***3+05h***
Gasas: 2
2+55h *se inicia 1ra unidad GRE pte bajo anestesia general con* ***SV TA:63/29 fc:11x¹ SpO₂:99%***

- Notas de enfermería (f. 234 vto.):

"30/sep/2012 ***3+15h*** *se termina 1ra unidad GRE y se continua con 2da unidad GRE con* ***SV TA: 170/83 fc 120x¹ SPO₂: 99%***
3+40h *Se termina procedimiento Qx sin ninguna novedad, dejan herida Qx cerrada cubierta con aposito y esparadrapo, tubo de torax a trampa de agua libre drenaje, Dr Jeannerret ordena pasar sonda vrsical, previa asepsia se pasa sonda vesical Foley se deja a cystoflo permeable, Dra Marthe aspira secreciones, extuba pte, se desmonitoriza con* ***SV TA: 108/57 FC: 70x¹ SPO₂: 100%,*** *se pasa CD camilla y se lleva a recuperación, se deja con oxígeno por máscara.*
7h *queda pte en recuperación, somnoliento con oxígeno por máscara a 3LH/min. LEV permeables en MSD y MSI pasando L Ringer, herida Qx cerrada, cubierta con apósito y esparadrapo, tubo tórax a libre drenaje, sonda vesical a cystoflo permeable pte con* ***SV TA: 101/61 FC:71x¹ SPO₂: 98%*** *P tomar laboratorios*
Eliminó: 800 cc amarillo claro
7AM *pte en recuperación en O2 x...* ***TA 121/62 FC 69 SPO₂ 99%*** *pte dormido no contesta al llamado se le toman muestras para labort...*
Nota paciente con LEV permeable, sonda vesical a cistoflo tubo a torax izq
Pte presenta movimientos tonicoclonicos – presente sudoración excesiva. No responde. Se avisa al jefe de 2º piso. Ingresa a sala Dr Otálora ordena epamin... pide valoración x MI la Dra escobar acude inmediatamente ordena... tiamina bolo de 200 cc"

- Notas de enfermería (f. 233):

"30-09-12 Dra Escobar ordenó SNG... Dra ordenó goteo Diazepam para llevar pte a TAC. Sede un poco los movimientos se termina el goteo y se continua 2º amp de Diazp en 100 a SSN. entubación orotraqueal con tubo 8/0 y 7.5/0 SV de pte 150/78 TA en pied dcho F 80 SPO2 99 con 02... Dra ordenó glucometria... Dra ordenó goteo Gluconato Calcio
Rx torax: en...
11:00 *ingresa el Dr Paiba quien acompaña traslado de pte a tac...*
Dr Paiba ordena 1 cc... lo cual relaja al 11:30 pte y se logra traslado a TAC en Hospit R.S... con O2..."

- Tratamientos (f. 220):

"30-sep

Medicamentos	*hora de administración*
Etilefrina	***2+30***
Dipirona	***3+10***
Diclofenac	***4h***
Cefrodina	*8*
Epamin	***9:00***
Tiamina	***9:45***
Dexametasona	***9:50***
Diazepam	***10:40***
Gluconato de calcio	***11:00***

.....	***11+15***
Midazol	***11:30***
Fentanyl	***11:10***
Tiopental	***11:25***

- Informe de anestesia (f. 222):

  "C. REGISTRO DE ANESTESIA
  ESTADO AL LLEGAR AL QUIRÓFANO hemodinámicamente inestable ESTADO AL SALIR DEL QUIRÓFANO Estable"

- Laboratorio clínico (f. 216)

  "HEMATOLOGIA
  2+10
  HEMOGLOBINA
  HEMATOCRITO
  GRUPO Y RH

- Laboratorio clínico (f. 213)

  "HEMATOLOGIA
  7:35 AM
  HEMOGLOBINA
  HEMATOCRITO

- Laboratorio clínico (f. 212)

  "HEMATOLOGIA
  12+15
  HEMOGLOBINA
  HEMATOCRITO

En este punto es importante señalar que, a juicio del despacho, el médico que rindió el concepto técnico aportado por la parte demandante, realizó un estudio caprichoso de la historia clínica, pues no es necesario tener conocimientos en ciencias de la salud para poder establecer de manera razonable que la historia clínica del joven Sergio Andrés Aldana Vásquez, que fue base para emitir su dictamen, se encuentra simplemente en desorden y por ende a primera vista no tiene una secuencia cronológica; en ese orden de ideas, basta con identificar los distintos tipos de caligrafía y a partir de allí determinar la cronología de los diligenciamientos.

Así mismo, si bien le asiste razón en cuanto que algunas notas de cirugía o diligenciadas por los médicos no tienen registrada hora, lo cierto es que debe tenerse en cuenta en conjunto dichas notas con las de enfermería y paramédicas, así como los formatos diligenciados para referencia, tratamientos, medicamentos, exámenes de laboratorio, récord anestésico, servicio transfusional, entre otros, los cuales una vez contrastados permiten determinar la hora en que se realizaron los distintos procedimientos.

De acuerdo a lo anterior, para el despacho no resulta de recibo la afirmación somera sobre que el hecho que no exista una cronología clara en el diligenciamiento de la historia clínica "permite inferir muchas cosas", como si se tratara de establecer un indicio en contra de la ESE Hospital Regional de

615

Sogamoso, pues de una parte debe atenderse a las realidades logísticas de la prestación de los servicios de salud, más aún cuando se trata de una urgencia, y de otra, si bien para dicha prestación existe una serie de protocolos, el despacho no encuentra que sea determinante una mera formalidad como viene siendo la manera de diligenciar la historia clínica, más aún si se logra establecer que lo único que está es desordenada pero no incompleta.

Dicho lo anterior, de la historia clínica se advierte que es claro que apenas ingresó el joven Sergio Andrés Aldana al servicio de urgencias de la ESE Hospital Regional de Sogamoso a las 02:05 am del 30 de septiembre de 2012, fue canalizado con dos accesos venosos, se le tomaron muestras para determinar la hemoclasificación y fue llevado a salas de cirugía, donde se le pasó a la mesa, se inició monitorización e inducción de anestesia general, se intubó y se dejó con ventilación mecánica.

Posteriormente, a las 2:20 de la mañana el cirujano de turno inició el procedimiento quirúrgico consistente en una toracotomía, un drenaje del hemopericardio, un masaje directo al corazón por la presencia de un paro cardíaco y finalmente una rafia, esto es, la sutura de la herida, culminando dicha cirugía a las 3:40 de la mañana. Durante dicha intervención quirúrgica hubo necesidad de realizar dos transfusiones de sangre, las que se efectuaron a las 2:55 y luego a las 3:15 de la mañana, así como de suministrarle el medicamento denominado etilefrina.

Algunos de estos procedimientos fueron ratificados por el testigo Robert Michel Jeanerret Zanesco, médico cirujano que realizó la cirugía al joven Sergio Andrés Aldana Vásquez (cd. f. 369, minuto 16:02 a 01:13:38):

> *"(...) **Preguntado:** previo al procedimiento de cirugía realizado, ¿a usted le consta o sabe qué tipo de atenciones o procedimiento anterior a procedimiento quirúrgico realizado al paciente? **Respondió:** a mí me avisan que hay un paciente taponado en urgencias inmediatamente doy la orden de subirlo a cirugía, que eso fue eso fue lo que se practicó, se subió inmediatamente a salas de cirugía, es un procedimiento que no da tiempo eso es algo que es urgente, un paciente taponado es un paciente que hay que operarlo inmediatamente, es más no se justifica pedir exámenes, radiografías o cosas de ese estilo que no tiene sentido el paciente está taponado y de una vez tiene que subir. **Preguntado:** sírvase informar entonces al despacho ¿si ese fue el trámite o el procedimiento llevado a cabo con el paciente Sergio Andrés Aldana Vásquez? **Respondió:** sí, el procedimiento es el procedimiento que se sigue según los protocolos de atención de una herida precordial con compromiso el pericardio. **Preguntado:** sírvase manifestarle al despacho ¿cómo fue el trámite o qué ocurrió, cómo fue la cirugía, el procedimiento, qué incidencias hubo, cómo fue el procedimiento quirúrgico? **Respondió:** como les decía se hace la toracotomía, se abre el pericardio se drena el hemopericardio que hay para que el corazón vuelva a latir nuevamente, si encuentra uno la herida de corazón pues uno la sutura se hace un punto que es un punto en u, de modo que no se comprometa la circulación del corazón, una vez superada la herida del paciente presentó un*

paro cardíaco intraoperatorio, como pues tiene uno el corazón expuesto se hace un masaje directo lo cual se hizo y fue un procedimiento al cual el corazón respondió, posteriormente pues ya se cierra la cavidad torácica se deja un tubo de tórax para que el pulmón vuelva nuevamente expandirse eso va a un aparato de succión y no más.
Preguntado: *después de realizar procedimiento... ¿pudo verificar si con anterioridad al procedimiento quirúrgico se hizo alguna otra atención al paciente o sencillamente fue directo a cirugía?* ***Respondió:*** *no, al paciente le toman los accesos venosos hemoclasificación y sube inmediatamente a salas de cirugía, o sea el procedimiento de urgencias en un caso como éste es como les digo no hacer exámenes porque el diagnóstico clínico es tan evidente que el paciente tiene que ser intervenido en forma inmediata entonces el médico de urgencias lo que hace es uno el diagnóstico, segundo tomar muestras para hemoclasificación y coger accesos venosos para reponer el líquido perdido el volumen perdido."*

Hasta aquí lo que tiene que ver con la atención pre e intraoperatoria, frente a la cual, a juicio del despacho no se advierte que haya existido demora alguna en el suministro de la atención primaria al joven Sergio Andrés, por el contrario se advierte que inmediatamente ingresó al centro hospitalario fue valorado, diagnosticado, canalizado, hemoclasificado y trasladado a una sala de cirugía para que se le proporcionara el tratamiento correspondiente, donde se le preparó para la cirugía, preparación que incluyó monitorización, intubación e inducción de anestesia general, esto en el lapso de 15 minutos, el cual bajo las reglas de la experiencia y más atendiendo a que se trata de la prestación de servicios de salud, no constituye una tardanza injustificada, sino que por el contrario es apenas razonable para ejecutar dichas acciones, más aún si se tiene en cuenta que en las mismas debieron participar como mínimo tres profesionales de la salud, el que lo recibió, lo valoró y lo diagnosticó, el anestesiólogo y el cirujano, así como que se desarrollaron en dos instalaciones distintas de la ESE Hospital Regional de Sogamoso, el lugar destinado para recibir las urgencias y la sala de cirugía.

De igual manera, al minuto 15 de haber ingresado, ya se le estaba practicando el procedimiento quirúrgico, esto es, la toracotomía y luego al presentarse un paro cardíaco, se le realizó un masaje cardíaco y se suturó la herida. Así entonces, es claro que la atención pre e intraoperatoria fueron **oportunas.**

Ahora, para establecer si las mismas fueron las adecuadas y acertadas de acuerdo al diagnóstico del joven Sergio Andrés Aldana Vásquez, se recurrirá a las Guía para el Manejo de Urgencias Tomos I y III expedidas en el año 2009 por el entonces Ministerio de la Protección Social[19] (I: págs. 123, 142, 148 a 156 y 421 a 429; III: pág. 172), las cuales se encontraban vigentes para el momento de los hechos, según lo afirmado por el médico Guihovany Alberto García Casilimas en la audiencia de contradicción del dictamen, de la cuales

[19] *Visible en la página web https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Gu%C3%ADa%20para%20manejo%20de%20urgencias%20-Tomo%20I.pdf.*

616

se extrae lo siguiente frente a los procedimientos a seguir en un caso como el de Sergio Andrés:

> *"(...)*
> *Los siguientes grupos de pacientes deben ser sometidos a toracotomía de urgencia:*
>
> *1. Pacientes con severo deterioro cardiovascular postraumático:*
> - *Pacientes en paro cardiaco asociado a trauma del tórax*
> - *Pacientes con trauma penetrante del tórax e hipotensión progresiva y persistente a pesar del adecuado reemplazo del volumen circulatorio y del estricto control de la vía aérea*
> - ***Pacientes con evidencia de taponamiento cardiaco asociado a trauma cerrado o penetrante***
>
> *(...)*
> *TAPONAMIENTO CARDÍACO*
> *El taponamiento cardíaco resulta de la acumulación de sangre dentro del saco pericárdico, que es una membrana no distensible, lo cual lleva a compresión progresiva del corazón.* ***Este tipo de lesión ocurre principalmente por traumatismos penetrantes****, pero también los traumatismos cerrados pueden producir sangrado dentro del pericardio.*
>
> *El paciente se presenta en el servicio de urgencias con signos de shock y* ***clásicamente se ha descrito la tríada de Beck como patognomónico de taponamiento cardiaco****. Sin embargo, estos signos solo se encuentran en 30 a 50% de los pacientes. Incluyen:*
>
> ***Ingurgitación yugular***
> ***Hipotensión***
> ***Ruidos cardíacos velados***
>
> *(...)*
> ***El tratamiento consiste en trasladar rápidamente al paciente al quirófano para practicar toracotomía de urgencia y una pericardiotomía que evacúe el hemopericardio y permita explorar el corazón y los grandes vasos en busca de la lesión primaria."***
>
> *(...)*
> *TRAUMA CARDÍACO*
>
> *(...)*
> *CUADRO CLÍNICO*
> ***En todo paciente que ingrese a la sala de urgencias con una herida en la región precordial*** *o en el epigastrio* ***se debe sospechar una herida del corazón,*** *y aunque no presente síntomas ni signos de inestabilidad hemodinámica,* ***se deben hacer todos los esfuerzos con los recursos disponibles para descartarla. La región precordial, para el efecto llamada zona***

de riesgo, está delimitada arriba por el borde superior de las clavículas; abajo, por el reborde costal inferior –incluido el epigastrio–; y a los lados, por las dos líneas medioclaviculares. El 85% de los pacientes con lesiones en esta área tiene laceración cardiaca confirmada, *así como el 60% de los pacientes con heridas paraesternales o precordiales por arma cortopunzante.*

Los pacientes con heridas de corazón presentan un amplio espectro clínico, desde el que ingresa en paro cardíaco y sin signos vitales hasta el que llega por sus propios medios, estable y sin síntomas. El estado de shock grave y ***el taponamiento cardíaco constituyen formas intermedias, pero muy frecuentes, entre estas dos situaciones extremas. El hemopericardio y el taponamiento cardíaco están presentes en 80 a 90% de aquellos que presentan trauma cardíaco penetrante que no fue causado por arma de fuego.***

Saadia et al. han propuesto la siguiente clasificación de las lesiones cardíacas penetrantes, con base en la presentación clínica al ingreso a la unidad de atención:

Categoría 1: sin señales de vida; incluye pacientes con heridas torácicas penetrantes, inconscientes y sin signos de vida (sin pulso, sin tensión arterial y sin movimientos respiratorios).
Categoría 2: ***críticamente inestables;*** *incluye pacientes con* ***heridas penetrantes torácicas, hipotensión seria y paro cardíaco inminente. 'El cuadro clínico resulta de*** *sangrado masivo de origen cardíaco o de* ***taponamiento cardíaco grave.***
Categoría 3: ***taponamiento cardíaco; incluye pacientes con herida precordial*** *y signos típicos de paro cardíaco (hipotensión, ruidos cardíacos alejados y presión venosa central elevada).*

Categoría	*Controversia*	*Recomendaciones*
Críticamente inestable	*¿Pericardiocentesis? ¿Dónde operar?*	***No se recomienda En los quirófanos***
Taponamiento cardíaco	*¿Cuáles* ***ayudas diagnósticas?***	***Ninguna****; a lo sumo una radiografía de tórax*

Tabla 1. Clasificación y manejo del trauma cardíaco penetrante

(...)
El pericardio es una membrana gruesa y fibrosa que no se distiende con facilidad. Los pequeños orificios traumáticos pueden sellarse rápidamente con coágulos *o grasa del mediastino* ***impiden que la salida de la sangre proveniente de la herida cardiaca que se va acumulando, con cada sístole, en este saco rígido.***

TRATAMIENTO HOSPITALARIO

Toracotomía de emergencia. ***Es una toracotomía antero-lateral que se realiza en la sala de atención inicial de urgencias en pacientes que ingresan en estado agónico****, en shock severo y que no responden a la terapia con líquidos* ***o que perdieron sus signos vitales*** *(respiración espontánea, pulso, presión arterial, ruidos cardiacos, reflejo pupilar) en los últimos minutos durante el transporte hacia el hospital.*

(...)
Intervención inmediata. *Además de los pacientes en quienes estaría indicada una toracotomía de resucitación,* ***aquellos con heridas precordiales e inestabilidad hemodinámica*** *(hipotensión, sudoración, frialdad, excitación psicomotora o estupor),* ***con signos claros de taponamiento cardiaco*** *o con una muy alta sospecha de herida cardiaca,* ***son llevados de inmediato al quirófano.*** *Las transfusiones masivas y la pericardiocentesis actualmente no tienen un papel en el manejo de pacientes con heridas penetrantes.* ***Se recomienda una limitada infusión de cristaloides, previa al cierre quirúrgico de las lesiones cardiacas, con el fin de mantener una presión arterial baja, pero no inferior a 80 mm Hg.***

Vías de abordaje

La toracotomía antero-lateral o submamaria izquierda ha sido la vía preferida para las intervenciones de urgencia en pacientes muy inestables. *Es un acceso fácil y rápido al hemitórax izquierdo, al corazón y a los grandes vasos. Permite controlar lesiones del hilio pulmonar y pinzar la aorta torácica descendente como maniobra de resucitación.*

LESIONES CARDIACAS SIMPLES

Las heridas simples casi siempre pueden repararse con puntos separados de sutura monofilamento o, las de mayor tamaño, mediante el paso de una sonda de Foley a través del orificio traumático. ***Los puntos deben ser colocados en U****, protegidos con parches de dacrón...*

(...)
TAPONAMIENTO CARDÍACO

DEFINICIÓN
Es la compresión del corazón que ocurre cuando la presión intrapericárdica (PIP) excede a la presión de llenado de las cavidades cardíacas, como consecuencia de la acumulación rápida o lenta de fluido en el espacio del pericardio; esto produce obstrucción grave de la entrada de la sangre a ambos ventrículos. Puede ser agudo como consecuencia de trauma con herida del corazón...

*Puede aparecer en el contexto de pericarditis de cualquier etiología. De acuerdo con su contenido, puede ser hidropericardio (seroso, transudado), piopericardio (purulento), **hemopericardio (contenido hemático)**, gas, o una combinación de ellos.*

***La tasa de acumulación de líquido determina la respuesta clínica. Las hemorragias intrapericárdicas, como en el caso de las heridas, producen rápidamente un taponamiento en minutos u horas**, mientras que los procesos inflamatorios de baja intensidad pueden precisar días o semanas antes que se produzca una compresión cardíaca.*

(...)
***La causa más frecuente de TC agudo es el hemopericardio causado por heridas con** arma de fuego, **arma blanca** o trauma cerrado de tórax. **Las heridas punzantes** y, especialmente, las lesiones por bala **frecuentemente son fatales**. Sin embargo, si la herida penetrante es relativamente pequeña, suele haber TC...*

A continuación se resumen las causas médicas de TC: Taponamiento cardíaco agudo - Hemopericardio

***Signos.** La regla es que exista taquicardia sinusal, aunque la frecuencia cardíaca puede ser menor en pacientes hipotiroideos o urémicos... **Los ruidos cardíacos pueden tener una intensidad disminuida o estar velados**, debido a su aislamiento por el líquido pericárdico y a la reducida función cardíaca disminuida...*

***Cuando existe grado significativo de taponamiento, se produce hipotensión absoluta o** relativa... La frialdad de las extremidades y de la nariz y orejas, **a veces con acrocianosis**, son debidas a la vasoconstricción y al estasis circulatorio relativo...*

El signo de Kussmaul ocurre cuando las venas yugulares se distienden o no disminuyen la distensión durante la inspiración.
(...)"

"(...)
En caso de hipotensión arterial, esta debe ser tratada de forma intensa con cristaloides, soporte vasoactivo o ambos, con el fin de mejorar la presión de perfusión cerebral."

Reseñado lo anterior, es posible concluir que dado que en la historia clínica del joven Sergio Andrés Aldana Vásquez, se registró que éste ingresó al Hospital Regional de Sogamoso, en mal estado general con cianosis, estaba inconsciente, tenía ingurgitación yugular bilateral, una herida precordial de 1 cm y ruidos cardiacos velados y, como quiera que fue diagnosticado con un taponamiento cardiaco y fue pasado a salas de cirugía, dicho diagnóstico fue

acertado teniendo en consideración la sintomatología que presentaba el paciente, de cara a las guías del Ministerio de Salud.

De igual manera, se le realizaron distintos procedimientos como fueron la toracotomía anterior izquierda, un drenaje del hemopericardio -lo que indica que el pericardio estaba lleno de contenido hemático[20]-, un masaje cardíaco porque presentó un paro intraoperatorio y atendiendo a que el paciente respondió a dicho proceder posteriormente se le realizó una rafia de corazón, esto es, el cirujano procedió a ubicar la herida en el corazón y la suturó con un punto en "u", saliendo con vida y estable de la cirugía.

Procedimientos que igualmente se avienen casi que exactamente a las guías de Ministerio de Salud, pues teniendo en cuenta que el joven Sergio Andrés llegó al Hospital con signos vitales lo correcto era realizar la toracotomía y drenar cuanto antes el hemopericardio, y si bien se presentó una aparente complicación como lo fue un paro cardiaco, el cirujano realizó el masaje al corazón directamente, con resultados favorables para el paciente, y luego procedió a suturar la herida del corazón para impedir que siguiera saliendo el líquido hemático del mismo, con tan buenos resultados para el paciente que salió con vida y hemodinámicamente estable del procedimiento quirúrgico, como lo registró la anestesióloga.

De igual manera, se advierte que las guías recomiendan el suministro de una limitada infusión de cristaloides, previo al cierre quirúrgico de las lesiones cardiacas, con el fin de mantener una presión arterial baja, lo cual en efecto se realizó pues de acuerdo al formato de balance de líquidos (f. 223), se le suministró lactato de ringer[21] sobre las 4 de la mañana, esto es, justo en el momento en el que estaba siendo culminada la cirugía. En igual sentido se advierte que se le proporcionó soporte vasopresor al aplicarle etilefrina sobre las 2:30 horas de la mañana, el cual es un medicamento con tal efecto[22], esto es, que se utiliza cuando la presión arterial de un paciente baja demasiado o, dicho en términos médicos, se encuentra con hipotensión arterial[23] como se encontraba el joven Sergio Andrés Aldana.

Inclusive, advierte el despacho que el médico Tibocha en la diligencia de contradicción del dictamen, al requerírsele para que aclarara si existía discordancia de la conclusión con las manifestaciones previas contenidas en el concepto, contestó que al joven Sergio Andrés se le realizó el manejo intraoperatorio que requería, esto es, el drenaje para corregir el taponamiento e hipotensión así:

> *"**Preguntado:** indique ¿si a su juicio la conclusión está acorde con sus manifestaciones anteriores o, si en efecto hay una discordancia y de ser así por qué? **respondió:** en cuanto a lo que es la parte médica la conclusión es clara, el paciente tuvo una injuria miocárdica, un taponamiento e hipotensión, al paciente se*

[20] *Sangre.*
[21] *Cristaloide según se extrae de la Guía de Manejo de Urgencias tomo III, pág. 510.*
[22] *Según se extrae de la resolución No. 2015038615 DE 25 de Septiembre de 2015 expedida por el INVIMA, visible en la página web http://web.sivicos.gov.co/registros/pdf/1353011_2015038615.pdf*
[23] *Es la disminución del gasto cardiaco. Guía de manejo de urgencias tomo 3, pág. 438.*

le realizó el manejo que requería intraoperatorio que es el drenaje…"

En igual sentido lo manifestó el Dr. Guiovanny Alberto García Casilimas Dictamen UNAL (f. 541):

> ***Preguntado:*** *cómo usted rindió ese concepto y cuáles fueron las conclusiones del mismo* ***respondió:*** *(…) en el Hospital de Sogamoso se le hace lo que se le podría hacer en cualquier lugar del mundo que es llevarlo de manera temprana a salas de cirugía abrirle el tórax abrirle el saco pericárdico drenarle el taponamiento cardíaco que es la acumulación de sangre entre el corazón y el saco pericárdico y suturar la herida cardíaca…* ***Preguntado:*** *¿Cuál era el protocolo de atención que debía observarse para la atención del señor Sergio hasta cuándo se le daba de alta?* ***Respondió:*** *sí, el protocolo es así de simple toracotomía urgente el paciente llega con una herida precordial tipo 3c eso quiere decir que está con una herida por arma cortopunzante precordial con signos de taponamiento cardiaco y un shock profundo, el protocolo es pase a salas de cirugía abra el tórax, hágale toracotomía y reanimación…"*

Así las cosas, hasta este punto, se encuentra más que demostrado que no existió falla médica alguna ya sea por demora en la atención o por falta de idoneidad de los procedimientos.

Ahora, en lo que tiene que ver con la atención postoperatoria se advierte que una vez culminó el procedimiento quirúrgico la anestesióloga extubó al joven Sergio Andrés, consignando que salió del quirófano hemodinámicamente estable, salida que tuvo lugar a las 4 de la mañana del 30 de septiembre de 2012.

Sin embargo, no es cierto como lo afirma el Dr. Tibocha que permaneció sin vigilancia hasta las 9 de la mañana ni que solo hasta las 11 de la mañana se estableció que estaba convulsionando, pues infiere el despacho que realizó dichas afirmaciones, en primer lugar, en atención a que no contaba con la totalidad de la historia clínica, pues se basó en la que aportó la parte demandante al proceso obrante a folios 35 a 59 del plenario, a la cual le hace falta una página referente a las notas de enfermería la cual contiene registros de las 3+15, 3+40, 4 y 7 horas, misma que sí obra en la aportada por la ESE Hospital Regional de Sogamoso a folio 234 vto. y, en segundo lugar, a que no tuvo en cuenta por ejemplo la aplicación de medicamentos.

Así entonces, se puede advertir que a las 7 de la mañana se le realizó al joven Sergio Andrés Aldana Vásquez una revista en la cual se registró que el paciente estaba en recuperación, somnoliento con oxígeno por máscara, se le estaba pasando lactato de ringer, el cual recuérdese es un cristaloide que ayuda a estabilizar la tensión arterial, tenía un tubo a tórax a libre drenaje y una sonda vesical.

Luego, aparece otra anotación de la misma hora pero de otra persona, porque logra distinguirse que se trata de un tipo de letra distinta, de la cual se extrae que el paciente está en recuperación en oxígeno y está dormido y no contesta

al llamado y se le toman muestras para laboratorio, tiene una sonda vesical y un tubo a tórax. A continuación la misma persona, registró que el paciente inició con movimientos tónicoclonicos, es decir, a convulsionar, por lo que acudió un médico quien ordenó "epamin", que es una presentación comercial de la fenitoína, medicamento utilizado para tratar las convulsiones[24] y luego acudió la especialista en medicina interna quien ordenó el suministro de tiamina, infiere el despacho que para prevenir el daño neurológico que se puede causar con ocasión de la deficiencia de vitamina B1[25].

Luego, a las 7:35 am se le realizó un laboratorio clínico de hematología y a las 8 de la mañana se el medicamento denominado cefradina. Después, a las 9:30 minutos de la mañana se plasmó otro registro en el que se consignó que el paciente tenía deterioro de su estado neurológico, estaba inconsciente y presentaba movimientos tónicos generalizados de duración prolongada que no cedían posterior a la administración de fenitoína; a su turno, la especialista en medicina interna plasmó a la misma hora que el joven Sergio Andrés, tenía un Glasgow de 6/15 secundario a shock hipovolémico[26] por taponamiento cardíaco y con status convulsivo secundario a noxa neurológica por isquemia, por lo que ordenó el suministro de otro bolo de fenitoína en 20 minutos.

De acuerdo a la orden médica obrante a folio 215, dicha profesional de la salud prescribió fenitoína, remisión a UCI, monitoreo continuo, furosemida, dexametasona y diazepam[27]. Después, a las 11 de la mañana la especialidad de medicina interna registró que el paciente persistía con movimientos tónico clónicos que no mejoraban con diazepam, por lo que se solicitó un TAC cerebral a realizarse con sedación y realizó intubación orotraqueal, ordenó tratamiento con dipirona, diazepam, gluconato de calcio y dexametasona.

Ahora, advierte el despacho que según las guías para el manejo de urgencias Tomos I, II y III, citadas anteriormente, no existe un protocolo específico para el tratamiento postoperaratorio de una toracotomía y paro cardíaco, como tampoco se encuentra alguna guía especifica vigente para la fecha de los hechos, únicamente se logra extraer de las primeras en mención la enunciación de las posibles secuelas de las lesiones cardíacas y el procedimiento a seguir cuando un paciente llega al servicio de urgencias con síndromes convulsivos, así:

> *"(...)*
> *Las secuelas de las lesiones cardiacas perioperatorias pueden no ser evidentes hasta días después del trauma, las cuales incluyen comunicaciones intracardiacas o fístulas, lesiones valvulares, aneurismas ventriculares, cuerpos extraños retenidos, taponamiento por síndromes, pospericardiotomía, hemopericardio, pericarditis constrictiva y trombosis de la arteria*

---

[24] *Págs. 186-187. Guía para el manejo de urgencias tomo III.*
[25] *Se aplica con el fin de prevenir el síndrome de Wernicke-Korsakoff, esto es, encefalopatía o daño cerebral. Tomado de la guía para el manejo da urgencias tomo II.*
[26] *Un shock hipovolémico es una afección de emergencia en la cual la pérdida grave de sangre o líquido hace que el corazón sea incapaz de bombear suficiente sangre al cuerpo. Este tipo de shock puede hacer que muchos órganos dejen de funcionar. Tomado de https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000167.htm.*
[27] *Medicamento igualmente utilizado para tratar los status convulsivos, según la guía para el Manejo de urgencias Tomo III pág. 471.*

coronaria. Los aneurismas pueden sufrir ruptura o resultar en falla cardiaca, embolismo o arritmias. Entre las secuelas por trauma cerrado se encuentran la contusión y la isquemia miocárdica, las cuales son de difícil diagnóstico; sin embargo, como se demuestra por ecocardiografía, la función cardiaca alterada como resultado de las mismas vuelve a la normalidad en varias semanas. Las secuelas más frecuentes por trauma cerrado son las arritmias (por reentrada) y hasta en 9% de los pacientes con trauma contuso se pueden presentar lesiones valvulares, en orden de frecuencia, aórtica, mitral y tricuspídea. También pueden presentarse secuelas psicológicas, síntomas a largo plazo y discapacidades en ausencia de defectos cardiacos demostrables." Tomo I.

"El Status Epiléptico (SE) es una emergencia neurológica que se caracteriza por hiperactividad neuronal cerebral continua, sostenida, que puede ser generalizada o de inicio focal con o sin generalización. La principal consecuencia es la lesión neuronal irreversible y el compromiso hemodinámico sistémico, que es potencialmente letal cuando las crisis son generalizadas tónico-clónicas
(...)
DEFINICIÓN STATUS EPILÉPTICO CONVULSIVO GENERALIZADO
Crisis epilépticas recurrentes sin recuperación completa de la conciencia entre crisis o crisis epilépticas continuas que duran más de 5 minutos (Treinmann, 1993; Gaitanis y Drislane, 2003). El tiempo para considerar un SE ha sido de amplio debate; inicialmente se propuso un tiempo mayor de 30 minutos desde el inicio de la crisis; sin embargo, se ha observado en estudios posteriores que para este momento ya se ha generado lesión neuronal permanente, por lo que es importante iniciar tratamiento en forma temprana con el fin de evitar las complicaciones. Se ha establecido que el tiempo promedio de duración de una crisis convulsiva generalizada es de 62 ± 52 segundos; es infrecuente una duración mayor de 2 minutos. Por lo tanto, un paciente que presente crisis convulsiva por más de 5 minutos ha perdido los mecanismos neuronales inhibitorios capaces de controlar la actividad epileptiforme.

ETIOLOGÍA[28]

- *Lesión neurológica aguda:*

- Enfermedad cerebrovascular: infarto, hemorragia (subaracnoidea, subdural, parenquimatoso, intraventricular).
- Anoxia[29]*.*
Lesión sistémica aguda:
Hipotensión.

COMPLICACIONES DEL STATUS EPILÉPTICO

---

[28] *Causas.*
[29] *1. f. Biol. Falta casi total de oxígeno en la sangre o en tejidos corporales. 2. f. Med. hipoxia.: 1. f. Med. Déficit de oxígeno en un organismo. tomado de https://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=anoxia y https://dle.rae.es/?id=KV4NHxa*

• Hipoxia.

TRATAMIENTO
a. PRINCIPIOS GENERALES
*• **Mientras más rápido se inicie el manejo farmacológico, mayor efectividad terapéutica.** De los SE tratados con anticonvulsivantes de primera línea, el 80% se controla al administrarse en los 30 primeros minutos, comparado con el control del 40% de los pacientes después de las 2 horas del inicio del SE.*
• Se debe manejar de forma simultánea las siguientes condiciones: Fiebre – hipotensión – hipoxia – hipo-o hiperglicemia – otras alteraciones metabólicas. Iniciar con la estabilización del paciente, monitorización de los signos vitales y control de pulso oximetría."[30] (Negrilla del despacho)

Por su parte, del Dr. Guihovany Alberto Garcia Casilimas señaló en la contradicción del dictamen:

> ***"Preguntado:** Regáleme entonces el cronograma posoperatorio... **Preguntado:** ¿Si existe un cronograma? **respondió:** si señor, a folio número 13, 30 de septiembre 2012, a las 3:55 se recibe remisión de urgencias envía fax a Dayan Garcia Valle del Sol respuestas sin seguridad social suspendido en Saludcoop es que tras del hecho el paciente no tiene un sistema de seguridad social esto es lo que aparece acá registrado en la clínica especialistas, el paciente para ese momento no tiene seguridad social se envía a Medilaser a HSRT 4:10 va Clínica de Especialistas, Yanet Mendoza refiere no hay ventilador disponible 4:15 ventilador no disponible, miren todo el ejercicio que empieza hacer el sistema de referencia y contrarreferencia para tratarle de ubicar una institución para continuar el tratamiento del paciente y esto es de acuerdo con los registros de la historia clínica en horas de la madrugada o sea el paciente llega a las 2 de la mañana los operan a las 2:30 de la mañana le abren el tórax le da masaje cardíaco directo el paciente está malito y empieza referencia y contrarreferencia a las 3:55, 3:58, 4:10, 4:25 se envía a salud vital, 4:35 Marta recibo Gmail, 4:45 Ricardo Alba del CRUET debe ser el centro regulador de urgencias se le comenta el caso va a llamar a Medilaser para medir la respuesta a las 5 de la mañana Ricardo Alba del CRUET Medilaser no responde llamar a Saludcoop Tunja y acá hay un número telefónico celular y comentar con ellos deben asumirlo en Medilaser a las 9 de la mañana dice acá 30/9/12 9 horas se recibe llamado de luz Salamanca auxiliar de salas de cirugía paciente malas condiciones debe continuar en remisión o sea el pacientes desde que inmediatamente se operó hay registros acá 3:55, 4:10, 4:15. 4:25, 4:35, 4:45 a las 9 horas a las 10:05 paciente manejado por la doctora Yohana paciente por no disponibilidad de cama se habla con Erika de UCI Clínica del Valle, señora refiere no contar con disponibilidad se comenta, es*

[30] *Guía para el manejo de urgencias. Tomo III págs. 183 a 189, 195 y 288.*

decir sistema de referencia y contrarreferencia hizo su tarea aquí hay registros de que hablaron con el uno hablaron con el otro llamaron aquí mandaron el correo hicieron aquí hicieron alá y durante es tránsito pues el paciente pues claro tiene sus secuelas, está en estado crítico está grave, tiene alta probabilidad de fallecer en el posoperatorio inmediato le aplican fenitoína, le aplican diazepam, lo ve el cirujano, lo ve el intemista, mientras sigue el ejercicio de referencia y contrareferencia, también vemos aquí que hay resultados de exámenes hasta las 12:15 hemoglobina, eritrocitos 41, le tomaron hemoglobina hematocritos a las 7:35 le volvieron a tomar a las 12:15, aquí está la evidencia de la formulación el servicio de medicina interna, le coloca fenitoína en ampollas, dice acá remisión a UCI monitoreo continuo, furosemida, pasar sonda nasogástrica, tramadol para el dolor, diazepam y aquí hay también registros, como estos son formaticos de los antiguos entonces acá uno ve que en efecto la enfermera si solicitó las ampolletas y cuantas le aplicó, a las 2:07 de la mañana 15/7 hemoglobina hematocritos siguiente 46/9... pero sí nosotros si encontramos evidencia que al paciente se le provee la atención mire todos los recursos de que se le hacen acá están las fórmulas, consentimiento informado para el traslado de pacientes en ambulancia... a las 11 de la mañana un médico o una nota de médico general... sonda vesical permeable tensión arterial 101/61, frecuencia cardíaca, saturación, toma laboratorios, paciente en recuperación con oxígeno aquí está todo, esto ya es otro informe, también por ejemplo de facturación el equipo del tubo de tórax, glucometría, servicio ambulancia, oxígeno, hematocrito, hemoclasificación, hemoglobina para compatibilidad, radiografía de tórax, de cráneo simple portátil con fluoroscopia, unidad de glóbulos rojos, ampliación de glóbulos rojos, tiamina, suero fisiológico, equipo de administración de sangre, el angiocath, burotrol, cistoflo, dexametasona, dextrosa, diazepam, fenilhidantonina, gluconato de calcio, lidocaína, midazolan en Sonda folley nasogástrica, venoclisis, entonces pues sí pues digamos que no está tan organizado como a uno le gustaría ver en una historia clínica digital pues que ahí uno ya puede ver los datos pero si hay mucha evidencia de que el paciente recibió atención... ***Preguntado:*** *¿cuál es el procedimiento después de la cirugía?* ***respondió:*** *el procedimiento después del procedimiento quirúrgico ya corresponde a lo que evidencia el anestesiólogo en el postoperatorio inmediato el determina de acuerdo a como están sus constantes vitales y a lo que dictamina la máquina anestésica y de más si el paciente se beneficia o no de extubación orotraqueal, de acuerdo lo que evidenciamos en el registro de anestesia en el folio número 4 pues el paciente en cuenta con saturaciones y parámetros ventilatorios que le permiten al anestesiólogo hacerle la extubación y lo pasan a recuperación de salas de cirugía, pero ya después en el posoperatorio de este tipo de pacientes un protocolo de manejo específico es el cuidado del tubo de toracostomia la monitorización de las constantes vitales mirar cómo están si está anémico o no el paciente, con mirar cómo está el gasto urinario, hace el control del dolor,*

*terapia respiratoria, incentivo respiratorio, hacerle el manejo del cuidado posoperatorio, pero digamos que lo que le salva la vida a pacientes poderlo llevar a toracotomía urgente y ya después el manejo postoperatorio es el manejo médico posquirúrgico que se le puede hacer a cualquier tipo de paciente, lo que ocurre de manera específica con el paciente es que él tiene un deterioro neurológico en el posoperatorio secundario al tiempo de evolución porque no sabemos cuánto tiempo transcurrió desde que presentó la herida hasta que llega al hospital y porque intraoperatoriamente estaba tan grave que hace un paro cardiorrespiratorio, claro eso incrementa el riesgo de que el paciente vaya a tener secuelas por hipoperfusión cerebral y eso fue lo que se manifestó en el posoperatorio el paciente empieza a convulsionar y en ese momento le proveen todo el cuidado de acuerdo a un síndrome convulsivo le dan anticonvulsivantes inicialmente fenitoína después diazepam pero su condición del síndrome convulsivo no mejora y llega un punto en el que es necesario entonces terminarlo de sedar completamente e intubarlo y cómo está intubado pues para requerir una unidad de cuidados intensivos y lo que nosotros vimos desde el inicio es que al paciente le inician trámites de remisión... **Preguntado:** ¿Según el protocolo y su experiencia si el señor Aldana debía permanecer bajo vigilancia y monitoreo después de la operación dada su condición clínica? **respondió:** sí, de acuerdo y de hecho el paciente pasó después de salas de cirugía a recuperación el área de recuperación son unas, es como una sala deben haber dos cubículos de recuperación por cada quirófano y eso debe contar pues sí la institución si el Hospital de Sogamoso pues está habilitado pues por habilitación debe de contar con monitor de signos vitales, monitor multi parámetros, fuente de oxígeno debe contar con tensiómetro de contar con un personal de enfermería que hacen pues los registros del control postoperatorio del paciente y lo que nosotros vemos acá en la historia clínica es que durante este periodo hasta que el paciente volvió y se entubó es que estuvo en el área de recuperación de salas de cirugía, eso quiere decir que por defecto o sea de manera obligatoria estaba bajo monitorización continua, por habilitación eso debe ser un área más bien como circunferencial en donde está una estación de enfermería y hay un grupo de enfermeras y auxiliares que está monitorizando y hay una serie de sonidos y de alertas lumínicas que le indican a uno cómo está el estado del paciente y es más hay otro tema interesante porque más adelante hay un folio en el que en el que al paciente ya después cuando lo remiten las condiciones del traslado se dan bajo estabilidad hemodinámica, es decir, claro bajo sedación por su convulsión por sus secuelas de la hipoxia cerebral pero el paciente en ese momento desde el punto de vista hemodinámico, es decir, de la pérdida de sangre de la herida cardíaca pues eso ya quedó ya estaba corregido el problema ahora fue que durante el periodo desde que sufrió la herida hasta que se corrigió pues sus células cerebrales se quedaron mucho tiempo sin oxígeno y eso hicieron que se le dañaran, pero el paciente cuando llega incluso al siguiente hospital pues llega bajo estabilidad hemodinámica entonces y*

también bajó monitorización. ***Preguntado:*** *¿doctor en la historia clínica de Sergio Aldana se registra vigilancia y monitoreo posoperatorio...?* ***respondió:*** *...entonces pues vuelve y juega cuando vemos otra vez el contexto de la historia clínica que se trata de un paciente que está en una situación en estado crítico revisamos que, sí, el paciente tuvo monitorización el manejo desde múltiples perspectivas hay registros de enfermería y registro de instrumentación y hay record de anestesia hay notas de cirugía hay notas de medicina interna hay notas de medicina general hay record de ambulancia, existen los registros del servicio transfusional que está cómo fue el comportamiento de los signos vitales durante el período transfusional entonces pues de acuerdo a la información durante ese período posoperatorio sí hay registros."* (Subrayado del despacho)

Así las cosas, es posible afirmar que contrastando la historia clínica y lo afirmado por el Dr. Casilimas, no le asiste razón al Dr. Tibocha cuando señala que al joven Sergio Andrés no se le suministró soporte vasopresor, ni monitoreo de signos vitales, hemodinámico, respiratorio y en general seguimiento o vigilancia postoperatoria, pues incurrió en varias imprecisiones y omisión de algunos registros de la historia clínica. Por el contrario, se encuentra demostrado que el joven Aldana Vásquez luego de salir de la cirugía fue extubado porque contaba con los signos médicos adecuados para tal procedimiento y aun así se le mantuvo con una máscara de oxígeno para garantizar su correcta oxigenación.

De igual manera, que hubo monitoreos regulares, tan es así que es posible advertir que en el medio de uno de ellos el paciente comenzó a presentar convulsiones (7 am) y de manera inmediata fue valorado por un profesional de la salud y un especialista en medicina interna quienes le suministraron anticonvulsivantes (fenitoína y diazepam) y los demás medicamentos necesarios para controlar sus síntomas y las posibles secuelas, así como los medicamentos correspondientes para controlar sus variables hemodinámicas, los cuales desafortunadamente no hicieron efecto, resultando que a las 11 de la mañana del 30 de septiembre de 2012, el paciente persistía con las convulsiones, por lo que hubo lugar a la intubación orotraqueal y la sedación para efectos de realizarse un TAC.

En ese orden de ideas, no puede aceptarse el criterio médico del Dr. Tibocha pues utiliza un enfoque bajo el cual la prestación de los servicios de salud debe ser una obligación de resultado, bajo la cual a ultranza debe conseguirse la mejoría de los pacientes, pues como se ha podido evidenciar cada uno es distinto y puede que reaccionen y evolucionen favorablemente ante el suministro de los tratamientos previamente determinados, como puede que a pesar de que se les brinde los cuidados oportunos y adecuados, la gravedad de sus condiciones o lesiones sea tal que presenten graves secuelas, como ocurrió en el presente caso.

De otra parte, no pasa desapercibido el despacho que tal como lo manifestó el Dr. Casilimas, existió un esfuerzo persistente de la ESE Hospital Regional de Sogamoso para realizar el proceso de referencia y contrarrefencia. Nótese que desde las 3:55 de la mañana, hora en la que se recibió la primera remisión ordenada por el cirujano que operó al Joven Sergio Andrés, se dejaron

consignadas todas las gestiones realizadas para conseguir una unidad de cuidados intensivos para el paciente, resultando infructuosas, mismas que se siguieron efectuando inclusive con posterioridad a la remisión ordenada por segunda vez a las 9:00 de la mañana cuando el paciente no presentó mejoría con la aplicación del primer anticonvulsivante, sin que se lograra resultado alguno.

De hecho, sólo hasta las 10:45 de la mañana se logró confirmar la aceptación del paciente en la UCI Salud Vital y se pudo iniciar las gestiones para efectos de llevar a cabo el traslado medicalizado del joven Sergio Andrés, el cual se llevó a cabo a las 12:30 cuando se encontraba hemodinámicamente estable.

De acuerdo a lo anterior, la ESE Hospital Regional de Sogamoso realizó todo lo que estaba a su alcance para efectos de poder lograr el traslado del paciente a una unidad de cuidados intensivos y atendiendo a que no se logró inmediatamente, debido a factores ajenos a su órbita, le prestó igualmente todos los servicios de salud que estaban a su alcance, los que a pesar de su limitaciones de habilitación de servicios, resultaron adecuados de acuerdo a la sintomatología de síndrome convulsivo presentado por el joven Sergio Andrés.

En gracia de discusión, nótese como los cuidados que se le hubieran brindado en una unidad de cuidados intensivos al Joven Sergio Andrés Aldana, no hubieran sido determinantes de cara al diagnóstico con el que ya contaba, pues lo único diferente es la prevención de infecciones y de escaras, como quiera que el Hospital le brindó la monitorización y el soporte necesario para efectos de mantenerlo hemodinámicamente estable, de tal suerte que parta el caso concreto la unidad de cuidados intensivos no era indefectiblemente necesaria en el postoperatorio.

Para el efecto, cabe traer a colación lo mencionado por el Dr. Casilimas:

> *"**Preguntado:** doctor conforme a su experiencia profesional indique ¿si el paciente Sergio Aldana requería atención en UCI? **respondió:** cuando el paciente presenta el estatus convulsivo que es que convulsiona empezó a convulsionar y le colocan fenitoína, es decir de entrada no, porque el paciente pues está, le hacen la toracotomía está estable hemodinámicamente, estas heridas precordiales digamos que cuando se corrige la herida cardíaca el estado hemodinámico hace que el paciente se recupere desde el punto vista hemodinámico, es decir de su presión arterial se recupera de manera significativa los cambios son espectaculares por decirlo así, pues el paciente y él y lo vemos acá en historia se pasa de estar 60/20 de presión arterial a tener 170/80, es decir que se corrige una situación hemodinámica, pero ya después viene el tema de las secuelas y claro inicia una convulsión le inician el tratamiento con anticonvulsivos pero el paciente persiste en convulsión entonces le ponen otra dosis y sigue convulsionando le ponen otro medicamento más fuerte y el paciente no mejora y ya en ese momento la internista ahí registra en los folios que tiene un status convulsivo y procede a la intubación orotraqueal y ya en el momento en el que se define la intubación orotraqueal el paciente ya tiene indicación absoluta de continuación absoluta de manejo*

en la unidad de cuidados intensivos y lo que nosotros vemos acá en uno de los folios es que el área de referencia y contrarreferencia trabajo, esa pobre persona que estuvo ahí no pudo dormir en todo ese tiempo porque le trató de conseguir la UCI... ***Preguntado:*** *Conforme al protocolo atención y teniendo en cuenta el estado clínico postoperatorio de Sergio Alvarado ¿puede decirse que la remisión a la UCI oportuna al cabo de ocho horas de espera?* ***respondió:*** *en ese orden de ideas cuando nosotros vemos posiblemente el manejo que se le hace en la unidad de cuidados intensivos ya es un tema logístico de ubicación de un espacio apropiado para continuar la atención, pero es que en este en este momento lo que Sergio Andrés necesitaba era la intubación orotraqueal qué fue lo que se le hizo y los anticonvulsivantes que los tiene formulados dejaron fenitoína diazepam y demás y eso hace parte del manejo inicial del estatus convulsivo tú al paciente lo sedas y le das anticonvulsivos y lo dejas en reposo esperando a que se recupere y le mantiene los signos vitales... y mientras tanto pues le proveyó al paciente pues el cuidado que le podía dar en una unidad en la unidad en la que él se encontraba que era la ventilación mecánica y darle el ambiente, ahí aparece la formulación de la analgesia los anticonvulsivantes...* ***preguntado:*** *¿el traslado a la UCI que necesitaba Sergio Andrés Aldana después de la toracotomía se requería de manera urgente o no?* ***respondió:*** *no no era urgente porque al paciente en el Hospital de Sogamoso ya se le había dado la intubación orotraqueal y los anticonvulsivantes y era simplemente tema logístico* ***Preguntado:*** *¿qué consecuencias presenta para un paciente como Sergio Aldana el no poder acceder oportunamente al servicio de una UCI?...* ***respondió:*** ***preguntado:*** *¿pero qué consecuencias?* ***respondió:*** *el paciente tiene más riesgo de que presente escaras o úlceras por presión porque las condiciones de la cama de cuidados intensivos es diferente una camilla estándar que se tengan cualquier otro hospital y el riesgo de infecciones asociadas al cuidado de la salud que el paciente pues porque las condiciones del control del ambiente y todo pues son diferentes el paciente tiene más riesgo de que haga neumonía infecciones urinarias e infección de tejidos blandos pero vuelvo e insisto el objetivo del cuidado intensivo en Sogamoso se le brindó de acuerdo a los recursos que ellos tenían.* ***Preguntado:*** *¿para qué sirve una unidad de cuidado intensivo?* ***respondió:*** *Una unidad de cuidado intensivo sirve para el tratamiento integral de los pacientes en estado crítico dado fundamentalmente por la ventilación mecánica y el requerimiento de soporte vasopresor e inotrópico es decir medicamentos que mantengan el mínimo de la presión arterial media requerida para que el paciente esté vivo en este en ese orden de ideas el paciente tenía una indicación de manejo en unidad cuidado intensivo que el requerimiento del ventilador mecánico ese es el objetivo fundamental claro como son pacientes en estado crítico que son pacientes que entonces van a requerir manejas asociados soporte nutricional prevención de las escaras prevención de las infecciones, van a requerir de un*

manejo avanzado, pero desde el punto de vista escueto tácito exacto es ventilación mecánica y soporte inotrópico..."

(Subrayas del despacho)

De acuerdo a lo esbozado, resulta claro que no existió una falla en el servicio de salud postoperatorio prestado por la ESE Hospital Regional de Sogamoso y por ende tampoco un nexo causal entre la prestación de los servicios y el daño que sufrieron los demandantes.

Debe tenerse en consideración además que la "encefalopatía anoxoisquémica" y el "síndrome de Lance Adams" tienen diversas etiologías, entre las que se encuentra la hipoxia o falta de oxígeno en el cerebro y la hipotensión –tensión baja-, mismas que en el presente caso se produjeron por las lesiones que sufrió el joven Sergio Andrés y no por la atención en salud que se le prestó, pues recuérdese que sufrió una herida casi que mortal directamente en el corazón y no es necesario tener conocimientos en la ciencia médica para poder inferir siquiera que el hecho que el corazón no pueda funcionar normalmente y que además exista un pérdida de sangre, naturalmente genera que no llegue dicho líquido vital que transporta oxígeno y nutrientes de manera adecuada o suficiente a los distintos órganos.

Para ahondar en razones, debe recordarse que persiste un manto de duda sobre el tiempo que transcurrió entre la herida que recibió el joven Sergio Andrés Aldana Vásquez, el momento en que fue recogido por el taxista y el arribo final a la sala de urgencias de la ESE Hospital Regional de Sogamoso, circunstancias que pudieron ahondar la gravedad de su trauma, la pérdida de sangre e incidir en el paro cardiaco que sufrió intraoperatoriamente. Nótese que en la primera valoración médica que recibió el joven Sergio Andrés se registró que ya estaba cianótico -coloración azul o lívida de la piel y de las mucosas que se produce a causa de una oxigenación deficiente de la sangre- e hipotenso, sin que exista certeza del tiempo que estuvo con esas condiciones, con el agravante que tenía aliento alcohólico, tal como quedó consignado en la historia clínica.

En suma, de acuerdo a lo que se encuentra probado en el proceso, la ESE Hospital Regional de Sogamoso realizó todo lo que estaba a su alcance para salvarle la vida al joven Sergio Andrés y mantenerla en las mejores condiciones posibles de acuerdo a los recursos humanos y logísticos con los que contaba, actuaciones que se ciñeron a los protocolos médicos establecidos para el efecto y se ejecutaron oportunamente y en la medida que el paciente los necesitó, por lo que fuerza negar las pretensiones de la demanda y declarar probadas las excepción de falta de causa para demandar propuesta por la institución de salud en mención.

Finalmente, como quiera que no se encuentra demostrada falla en el servicio alguna, el despacho se abstendrá de resolver los demás problemas jurídicos y de pronunciarse sobre las demás excepciones propuestas, pues resulta inane determinar si la ESE Hospital Regional de Sogamoso puede responder individualmente por la condena, si existió algún eximente de responsabilidad como la fuerza mayor o el caso fortuito o si la responsabilidad de la institución de salud se puede escindir de los entes territoriales.

5.3. De la condena en costas.

El artículo 188 de la Ley 1437 de 2011, dispone que 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 Procedimiento Civil acogiendo un régimen objetivo.

A su turno, el artículo 365 del Código General del Proceso, establece que se condenará en costas a la parte vencida en el proceso y dicha condena se hará en la sentencia, dicha condena está sujeta según el numeral 9º ídem, a que en el expediente aparezca que se causaron y en la medida de su comprobación.

Se condenará entonces en costas procesales a la parte demandante.

IV. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto el Juzgado Trece Administrativo de Oralidad del Circuito Judicial de Tunja, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

RESUELVE

PRIMERO: Declarar no probada la excepción de falta de causa petendi propuesta por el Departamento de Boyacá, conforme a lo expuesto en la parte motiva.

SEGUNDO: Declarar no probada la excepción de falta de causa petendi propuesta por la ESE Hospital Regional de Sogamoso, conforme a lo expuesto en la parte motiva.

TERCERO: Declarar probada la excepción de falta de causa para demandar propuesta por la ESE Hospital Regional de Sogamoso, conforme a lo expuesto en la parte motiva.

CUARTO: Negar las pretensiones de la demanda del medio de control de Reparación Directa que fue promovida por los señores Soledad Vásquez Casas y Omar Joaquín Aldana Africano, como sucesores procesales del joven Sergio Andrés Aldana Vásquez, y Omar Joaquín Aldana Africano, Nelson Enrique Aldana, Angie Catalina Aldana Ruiz, Paula Valentina Aldaña Mariño y Nora Cecilia Africano, como demandante propiamente dichos, en contra del Departamento de Boyacá, el Municipio de Sogamoso y la ESE Hospital Regional de Sogamoso, de conformidad con lo expuesto en precedencia.

QUINTO: Condenar en costas a la parte demandante, por secretaría liquídense, téngase en cuenta el trámite del artículo 366 del CGP.

SEXTO: En firme la sentencia, háganse las comunicaciones del caso para su cumplimiento y archívese el proceso previa anotación en el programa "Justica XXI Web". Si al liquidarse los gastos ordinarios del proceso quedaren remanentes a favor del depositante, desde ahora se ordena la devolución

correspondiente. Desde ahora se autoriza la expedición de las copias que soliciten las partes.

SÉPTIMO: Notificar a las partes conforme a lo dispuesto en el artículo 203 del CPACA; téngase en cuenta que contra esta decisión, procede el recurso de apelación en los términos y condiciones del artículo 247 ejusdem.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE.

YUDI MIREYA SÁNCHEZ MURCIA
Jueza

JUZGADO TRECE ADMINISTRATIVO DE ORALIDAD DEL CIRCUITO JUDICIAL DE TUNJA

La presente sentencia se notificó por Estado Electrónico Nro. 57 Publicado en el Portal WEB de la Rama Judicial, Hoy, 1 OCT 2019 siendo las 8:00 A.M.

ERIKA JANETH CARO CASALLAS
Secretaria