



JUZGADO DECIMO ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO DE TUNJA

Tunja, 27 SEP 2017

Tipo Proceso: ACCIÓN POPULAR
Radicación: 150013331010 2010 00166 00
Demandante: OSCAR AUGUSTO MORENO BERNAL
Demandado: MUNICIPIO DE TUNJA

A folio 185 obra memorial en el cual el representante del Ministerio Público delegado para éste despacho, solicita una prórroga en el término concedido por el despacho con auto del 23 de agosto de 2017 (fls. 180 y 181), para rendir los informes correspondientes; lo anterior en razón a que el despacho del procurador judicial convocó para el día 5 de octubre a los integrantes del Comité de Verificación con el fin de conocer las gestiones adelantadas en cumplimiento del fallo proferido dentro de la acción popular de la referencia.

Así las cosas, el despacho accede a la solicitud presentada y en consecuencia se ordena al comité de verificación, en cabeza del Procurador Judicial 177 de Tunja, que presente informe detallado de cumplimiento dentro de los cinco (5) días siguientes a que se reúna el comité.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

1. **ACCEDER** a la solicitud de prórroga realizada por el representante del Ministerio Público.
2. **ORDENAR** al comité de verificación, en cabeza del Procurador Judicial 177 de Tunja, que presente informe detallado de cumplimiento dentro de los cinco (5) días siguientes a que se reúna el comité.

NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE,

FABIÁN ANDRÉS RODRÍGUEZ MURCIA
JUEZ

<p>JUZGADO DECIMO ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO JUDICIAL DE TUNJA</p> <p>Notificación por Estado</p> <p>El auto anterior se notificó por Estado N° 25, HOY 29 de Septiembre, siendo las 8:00 a.m.</p> <p>EMILCE ROBLES GONZÁLEZ SECRETARIA</p>
--



Juzgado Décimo Administrativo Oral de Tunja

Tunja, veintisiete (27) de septiembre de dos mil diecisiete (2017)

Radicación : **2011-0153**
 Demandante : YAKELINE MORA ARIAS y OTRAS
 Demandado : E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA y NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. (NUEVA EPS S A)
 Medio de control : REPARACION DIRECTA

Procede el Juzgado a emitir decisión de primera instancia en el asunto de la referencia de la siguiente manera:

I. LA DEMANDA

1.1. Las pretensiones del libelo se transcriben así:

“2.1 Que la Empresa Social del Estado HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA y la NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. (NUEVA EPS S A), son responsables solidariamente, de la totalidad de los daños y perjuicios materiales y morales que se les ha ocasionado a la señora YAKELINE MORA ARIAS (esposa de la víctima) y a SLENDY KATHERINE y GERALDINE AUDREY BLANCO MORA (hijas), con motivo de la muerte del señor RICARDO BLANCO RAMIREZ, según hechos ocurridos a partir del día 22 de noviembre de 2010, en la ciudad de Tunja, debido a una serie de fallas, por acción y por omisión en la prestación de los servicios médico-asistenciales.

2.1 Que como consecuencia de la declaración anterior, se condene a la Empresa Social del Estado Hospital San Rafael de Tunja y a la Nueva Empresa Promotora de Salud A.S. (NUEVA EPS S A), a pagar a las demandantes relacionadas en el numeral anterior los siguientes:

A) PERJUICIOS MORALES:

Para las demandantes: señora JAKELINE MORA ARIAS y para sus dos hijas: SLENDY KATHERINE BLANCO MORA y GERALDINE AUDREY BLANCO MORA, el equivalente en pesos a: CIEN SALARIOS MINIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES (100), para cada una de ellas, esto es, la suma de: CIENTO SESENTA MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA MIL (160.680.000) PESOS MONEDA CORRIENTE.

B) PERJUICIOS MATERIALES:

Daño emergente: La suma de tres millones veinte mil (3.020.000) pesos moneda corriente, para la solicitante JAKELINE MORA ARIAS, por concepto de gastos funerarios y de inhumación del cadáver de su esposo.

Lucro cesante: no hay petición de indemnización por este concepto, por razón de la edad que tenía el hoy occiso al momento de su fallecimiento, pese a que ejercía una actividad productiva que le generaba ingresos económicos.

C) INTERESES:

Que la condena respectiva sea actualizada de conformidad Con lo dispuesto por el artículo 173 del C.C.A, y se reconocerán los interese correspondientes, desde la fecha de ejecutoria de la sentencia que ponga fin al proceso, hasta que se dé cabal cumplimiento a la misma. Que la parte demandada dé cumplimiento a la sentencia, en los términos de los artículos 176 y 177 del C.C.A.”

1.2. Fundamentos fácticos y jurídicos. El Despacho los resume así:

Se indica que señor RICARDO BLANCO RAMIREZ, permaneció durante varios años afiliado para efectos del servicio de salud a "HUMANA VIVIR" y que en febrero 28 de 2010, por considerar que tendría mayores garantías, se afilió a la NUEVA EPS, entidad ésta que reemplazó al Seguro Social.

Manifiesta que el señor RICARDO BLANCO RAMIREZ se dedicaba al comercio de maderas y para el 17 de noviembre de 2010 se encontraba en el municipio de Güican Boyacá, dirigiendo unas labores de corte, cuando le sobrevino una hemorragia rectal abundante, siendo este auxiliado por sus colaboradores quienes lo llevaron al hospital del respectivo Municipio, donde el médico de turno al ver su estado ordenó la remisión en ambulancia para el hospital de Soatá

Enuncia que al llegar al Hospital de Soatá lo examinaron y le ordenaron medicamentos como omeprazol, sucralfato, aluminio hidróxido suspensión y tinidazol, y posteriormente le dieron de alta el 18 de noviembre al encontrarse bien de salud.

Que para el día 19 de noviembre de 2010 el señor RICARDO BLANCO RAMIREZ, acudió a una cita médica en la Nueva E P S, donde se le ordenó seguir tomando los medicamentos que le habían formulado en Soatá, además de sacar cita con la Dra. RUTH CRISTINA GONZALEZ para el día lunes.

Reseña que para el día lunes 22 noviembre siendo las 3 PM la Doctora RUTH CRISTINA GONZALEZ, atendió al paciente, formulando otros medicamentos y ordenando su inmediata hospitalización en el Hospital San Rafael de Tunja, siendo ingresado este a las 3:30 p.m., por el servicio de urgencias, y dejado en observación, pese a su gravedad, hasta las 11:30 de la noche, cuando le asignaron cama en la habitación 719 A.

Que para el martes 23 de noviembre le fue suministrada sangre y suero al paciente, posteriormente para el día 24 la señora JAKELINE MORA ARIAS es informada por el Dr. Támara, que su esposo se hallaba estable, y que le habían practicado colonoscopias y que el sangrado no provenía del colon, por lo cual ese mismo día se le practicaría una endoscopia, para establecer si era esclerosis de úlceras gastroduodenales o esclerosis o ligaduras de varices esofágicas.

Que para el día jueves 25 el paciente se agravó, razón por la cual le tomaron un TAC, con el cual descubrieron que la causa de la hemorragia, era una *aneurisma abdominal*, y que el sangrado se debía a la ruptura de la arteria aorta. El hospital se comunicó con la esposa del paciente, con el fin de que firmara una autorización para practicarle una cirugía, a lo que se negó, en vista de que quien le iba a practicar la operación no era un especialista cardiovascular, si no, un "médico general", exigiendo que su esposo fuera intervenido por un especialista cardiovascular.

Que la señora JAKELINE MORA ARIAS, le suplicó a los funcionarios de turno del Hospital San Rafael, que le consiguieran un especialista cardiovascular, o de lo contrario que su esposo fuera remitido a otra entidad de salud, para efectos de la cirugía, donde obtuvo como respuesta que habían buscado un hospital en Bogotá donde se pudiera llevar a cabo el traslado, pero que no habían encontrado, y que en la ciudad de Tunja, solamente había un especialista cardiovascular, en la clínica MEDILASER, y que dicho especialista operaría al paciente, pero solamente con cirugía programada.

Indica que para el día viernes 26 de noviembre, la señora JAKELINE MORA madrugó a hablar con el señor Gerente de la clínica MEDILASER, respecto del especialista para la cirugía de su esposo, quien le manifestó que él le colaboraría, pero que debía allegar la autorización de la

NUEVA E P S., razón por la cual la señora acudió a esta última entidad, permaneciendo hasta las cuatro (4) de la tarde, rogándole a los funcionarios que le dieran la autorización requerida; hasta que a último momento le comunicaron de la ciudad de Sogamoso que no había sido autorizada la cirugía con el especialista cardiovascular.

Manifiesta que la señora JAKELINE MORA, regresó nuevamente al Hospital San Rafael, donde le fue informado que los galenos habían decidido realizarle otros exámenes al paciente, y posteriormente proceder a operarlo, con la autorización de la esposa, quien ante la gravedad del señor RICARDO BLANCO RAMIREZ y al no encontrar otra solución, se vio precisada a ello.

Señala que se ingresó al paciente a cirugía a eso de las 7 de la noche de ese viernes, saliendo en estado de coma, para cuidados intensivos, a eso de las 11 P.M, falleciendo a las 2 de la mañana del sábado 27 de noviembre.

Imputa a las demandas incurrir en falla del servicio, básicamente porque el diagnóstico fue obtenido de manera tardía, cuando la situación era irreversible; que su viacrucis empezó con su ingreso al hospital de Soata, donde le dieron salida con medicamentos debiendo desplazarse 4 horas en flota, posteriormente en la primera atención realizada en Tunja, donde se le ordena continuar con la medicación y que sacara una nueva cita; que el proceso de hospitalización fue demorado pues habiendo ingresado a las 6 de la tarde del 22 de noviembre, nada se hizo para internarlo y tratarlo con urgencia, a lo cual se sumó el trámite de dos exámenes sin resultados hasta que se halló mediante un TAC la grave causa de la dolencia.

Agrega finalmente que el Hospital San Rafael de Tunja contratado por LA NUEVA EPS, no contaba con especialista en cirugía cardiovascular, de modo que se debía acudir a un especialista cardiovascular, para lo cual debía obtenerse autorización de la EPS la cual nunca se emitió, como tampoco para que fuera trasladado a la ciudad de Bogotá.

II. CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

2.1. HOSPITAL SAN RAFAEL de TUNJA E.S.E. (fs. 285-306) se opuso a las pretensiones.

Frente a los hechos señala que el señor RICARDO BLANCO RAMIREZ fue remitido el día 22 de noviembre de 2010 por orden de NUEVA EPS, por lo que no le constan los sucesos anteriores.

Aclara que según la Historia Clínica, el paciente presenta su ingreso el día 22 de noviembre de 2010 a las 15:43 horas, con un cuadro de seis días de evolución de hematoquexia, sin asociar ninguna otra sintomatología, por lo cual se procede a su atención por parte de los médicos de la sala de urgencias, quienes realizan la historia Clínica completa del paciente y el examen físico requerido, haciéndose un diagnóstico de *Hemorragia de Vías Digestivas Bajas*, dando inicio a tratamiento de base con LEV, se ordena la práctica de exámenes de laboratorio básicos junto con hematoclasificación y reserva de sangre, y además se solicita la valoración por parte de Cirugía General, por lo que ese mismo día a las 18:40 horas es valorado por el Doctor EDGAR CORREDOR Médico Especialista en Cirugía General haciendo un diagnóstico de Hemorragia de Vías Digestivas Bajas e iniciando protocolo de manejo para la referida patología

administrándosele medicamentos y ordenando la preparación para la práctica de *Colonoscopia*, dándose la Hospitalización del paciente a las 21:30 horas en el servicio de Cirugía General, momento en el cual hubo disponibilidad de cama. Que el resultado de la Colonoscopia fue un diagnóstico de enfermedad diverticular, sin rectorragia.

Sobre los hechos ocurridos el día 25 de noviembre de 2010, indica que según la Historia Clínica, el paciente es valorado nuevamente por el Doctor JOSE TAMARA, quien encuentra al paciente sufriendo de un nuevo episodio de sangrado por hematoquexia, por lo cual siguiéndose los protocolos de manejo, una vez se descarta la hemorragia de vías digestivas bajas con colonoscopia se debe sospechar *sangrado de vías digestivas altas*, ordenándose de inmediato la práctica de *endoscopia* de vías digestivas altas, la cual es practicada ese mismo día a las 10:59 por el Doctor ALVARO QUINTERO, quien reporta una Pangastritis Crónica Atrófica Multifocal sin sangrado activo.

Señala que ese mismo día a las 20:15 el paciente es valorado por el Doctor ALEXIS MANRIQUE Médico Especialista en Cirugía General, pues el paciente presenta nuevo episodio de sangrado bajo, además *refiere por primera vez dolor abdominal*, por lo que se sospecha complicación de la Endoscopia de Vías Digestivas Altas realizada ordenándose y realizándose Rx de Tórax para descartar Neumoperitoneo, toma de cuadro hemático y de PCR, con la realización de la toma de Rayos X se descarta la perforación, por lo que el paciente es valorado nuevamente por el Doctor ALEXIS MANRIQUE a las 23:45 y por persistencia del dolor abdominal y *sospecha de perforación del Sigmoides versus Aneurisma de Arteria Iliaca*, se decide realizar Tomografía Axial Computarizada de Abdomen Contrastada previa preparación para este procedimiento.

Que una vez completada la preparación del paciente se lleva a las 01:40 horas del día 26 de noviembre de 2006 a la toma del referido examen cuyo reporte indica *Dilatación aneurismática de la aorta abdominal* infra renal 3 cm por debajo del origen de las arterias renales con diámetro ap de 86 mm y diámetro transversal de 82 mm, el cual se extiende hasta la bifurcación. Presenta una imagen de trombo mural adherido a su pared posterior. Hallazgos sugestivos de hematoma intramural en arteria iliaca común izquierda con signos de ruptura y pequeño hematoma periaórtico adyacente. Severa hidroureteronefrosis izquierda obstructiva secundaria. Con Diagnóstico de Aneurisma de Aorta Abdominal más Aneurisma Bilateral de Iliacas y sospecha de ruptura del Aneurisma Iliaca izquierda, el Doctor ALEXIS MANRIQUE decide traslado del paciente a la Unidad de Cuidado Intensivo; reserva de sangre, plasma y plaquetas, y una vez se confirma la disponibilidad de prótesis para la cirugía, solicita la autorización del procedimiento al paciente y a la familia siguiendo los lineamientos del Consentimiento Informado, explicando la situación del paciente y la necesidad urgente de la realización del procedimiento de Reemplazo Aorto Iliaco con Prótesis, y las posibles complicaciones incluyendo el deceso del paciente de no realizarse la intervención quirúrgica.

Que una vez se explicó la situación al paciente y en especial a su esposa, la señora YAKELINE MORA ARIAS, no estuvo de acuerdo con que la cirugía sea realizada por un Médico Especialista el Cirugía General solicitan la remisión a una Institución que ofreciera el servicio de Cirugía Vascul. Por lo que la esposa firmó *disentimiento informado* para realizar el procedimiento de

Reemplazo Aorto Iliaco con Prótesis, aclara que se le explicó en forma clara y exacta la importancia del tratamiento y rechazó el procedimiento estando informada ampliamente de las consecuencias de su decisión, lo cual incluía la muerte del paciente.

Resalta además que no es cierto que el procedimiento fuera a ser realizado por un Médico General, ya que el Doctor ALEXIS MANRIQUE era quien iba a realizar el procedimiento y es Médico Especializado en Cirugía General.

Expresa que luego de firmarse el desistimiento informado se inició el trámite para la remisión del paciente a cirugía cardiovascular allegándose los documentos a las 3:40 horas del día 26 de noviembre de 2010, que mientras se realizaban los tramites el paciente recibió atención médica y permaneció estable hemodinamicamente.

Respecto de los hechos ocurridos el día 26 de noviembre de 2010 precisa que a las 17:00 horas se presenta en el paciente un episodio de descompensación con palidez, diaforesis y sangrado rectal abundante, por lo que el paciente es valorado por el Doctor EDGAR CORREDOR, quien ante el diagnóstico del paciente y la gravedad de la situación decide realizar en forma urgente una Colonoscopia y un Barrido Ecográfico, encontrando en la unión Sigmoidea Rectal una compresión extrínseca pulsátil con ulcera en su domo que sugiere Fistula Iliaco Entérica. Por lo cual nuevamente se insistió en la realización del procedimiento quirúrgico de emergencia, explicando al paciente y a la señora YAKELINE MORA ARIAS la crítica necesidad de la cirugía lográndose el consentimiento de estos y conduciéndose de inmediato al paciente a la Sala de Cirugía.

El señor RICARDO BLANCO RAMIREZ es intervenido quirúrgicamente por dos Médicos Especialistas en Cirugía General el Doctor JOSE TAMARA y el Doctor EDGAR CORREDOR, quienes logran colocar con éxito injerto Aortobifemoral y controlar la situación, sin embargo el paciente presenta en trans operatorio actividad cardiaca sin pulso que requiere de reanimación cardiocerebropulmonar con masaje cardiaco y uso de inotrópicos así como transfusión de 5 unidades de glóbulos rojos compatibles logrando reversión del cuadro.

Luego el paciente es trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos, donde ingresa en malas condiciones generales, con soporte cardiovascular y vaso activo, con sedación anestésica, mala perfusión generalizada, con pulsos débiles, tubo orotraqueal permeable, ruidos cardiacos arrítmicos taquicardicos, dándose el manejo intensivo del paciente.

Que el 27 de noviembre de 2010 a la 01:00 se observa al paciente con evolución tórpida con alto requerimiento de soporte cardiovascular, explicando la condición y pobre pronóstico del paciente a sus familiares. Ese mismo día a las 02:00 el paciente presenta asistolia, se realizan maniobras de reanimación por treinta minutos sin que se presente respuesta falleciendo el paciente.

Anota que según la literatura médica la hemorragia de vías digestivas bajas secundaria a una fistula iliaco entérica es una causa extremadamente infrecuente, exótica y anecdótica de una aneurisma de arteria iliaca asociada a un aneurisma de aorta abdominal. Por lo cual su diagnóstico es prácticamente imposible y usualmente se realiza en sala de autopsia.

Propuso como excepciones: i) inexistencia de falla en el servicio; ii) inexistencia del nexo de causalidad; iii) inexistencia de nexo de causalidad y de causa legal o de presupuestos de la responsabilidad; iv) hecho de un tercero; v) inexistencia de presupuestos que permitan vincular a la E.S.E. como presunta responsable de la falla medica atribuida; vi) falta de legitimación en la causa por pasiva; vii) aplicación del principio del riesgo permitido.

Tras describir nuevamente la atención del paciente considera que la misma fue adecuada, integral y oportuna por lo que no existe falla del servicio y que la atención dada en el ente hospitalario no fue la causa de la muerte del señor RICARDO BLANCO, destacando en todo caso que al tener contratados los servicios profesionales de cirugía con una cooperativa de trabajo asociado (COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO DE CIRUJANOS DE BOYACA CTA), de existir responsabilidad lo sería del tercero, amén de sus obligaciones de autogestionar la atención médica y asistencial.

Comenta que la causa del deceso es la patología del paciente quien ingresó con 6 días de evolución.

Manifiesta que se vislumbran dos situaciones eminentemente diferentes; la primera que tiene que ver con la existencia de un contrato de hospitalización entre el paciente y la E.S.E. y la segunda es la existencia de un contrato de prestación de servicios de salud entre la entidad demandada y la cooperativa CIRUJANOS DE BOYACA, así en el primer caso, es decir en tratándose de la relación con el contrato de hospitalización, es claro que la E.S.E., prestó al paciente un servicio de hospitalización oportuno, diligente y consecuente; en relación con el segundo presupuesto, la E.S.E Hospital San Rafael Tunja, en cumplimiento y garantía del servicio de salud a su cargo, había suscrito contratos de prestación de servicios médicos profesionales con diferentes cooperativas de trabajo asociado, entre ellas con CIRUJANOS DE BOYACÁ CTA., quien de acuerdo a los contratos se comprometía de manera autogestionaria a ejecutar las actividades de índole asistencial

2.2 NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD - NUEVA EPS S.A. (fs. 138-170)

Manifiesta oponerse a la totalidad de las pretensiones ya que no existe fundamento jurídico o factico alguno que pueda conllevar responsabilidad en relación a los hechos que se indican en el libelo demandatorio, en el entendido que NUEVA E.P.S. cumple a cabalidad con sus obligaciones como E.P.S. del paciente, ya que actuó dentro de sus deberes con criterio de efectividad y oportunidad, y no existe prueba alguna de que esta entidad haya negado o retardado, u omitido cualquier solicitud hecha con el fin de brindar la atención necesaria al paciente.

Indica que no es la E.P.S. la responsable dentro del Sistema de Seguridad Social en Salud de los diagnósticos, procedimientos, rehabilitación y prevención de sus afiliados, si no que tales obligaciones están radicadas en cabeza de los prestadores de servicios de salud (I.P.S.) tanto naturales como jurídicas, correspondiendo es a la E.P.S. garantizar el acceso de su afiliado o beneficiario a tales prestaciones a través de su red propia prestadora de servicios de salud o a través de una red externa contratada, obligación que se cumplió a cabalidad por su mandante.

Señala que la ley 100 de 1993, establece unos parámetros a las Empresas Promotoras de Salud en virtud de los cuales la NUEVA EPS contrató una Red de Prestadores de Servicios de Salud, para la atención oportuna del señor RICARDO BLANCO RAMÍREZ de acuerdo con el literal e) del artículo 156 y 159 de la Ley 100 de 1993, así las cosas el acto médico demandado no fue desplegado por NUEVA E.P.S. S.A., porque la Empresa Promotora de Salud no se compromete con sus afiliados a prestar los servicios de salud, su compromiso y obligación legal consiste en garantizar el acceso a los servicios de salud, obligación que cumple a través de una red prestadora de servicios de salud, es decir, que la obligación que como supuestamente defectuosa se considera por el demandante, no estaba radicada en cabeza de LA NUEVA E.P.S. S.A. sino en el equipo médico contratado por la I.P.S. tratante quienes actúan con absoluta independencia y autonomía bajo su discrecionalidad científica.

Como consecuencia lo anterior aclara que no hay lugar a la existencia de una responsabilidad solidaria ya que por su naturaleza y creación son entes independientes, de existir culpa en las determinaciones tomadas por los galenos en su momento, cada uno de estos debe ser entendido como una actividad independiente y autónoma, no en conjunto, pues de acuerdo al contenido de la demanda se está trasladando a NUEVA E.P.S. una responsabilidad de un ente completamente diferente, situación que ante los ojos de la justicia no es aceptable ya que la responsabilidad por el hecho médico y por el hecho institucional, debe ser asumida por quien efectivamente lleva a cabo el acto, que por acción o por omisión haya causado un perjuicio, por lo cual resulta evidente que la responsabilidad de la E.P.S. radica en la escogencia de la red de prestadores de servicios de salud, de la contratación de la I.P.S. habilitadas y de la calidad del servicio, mas no sobre el acto médico y el acto institucional llevado a cabo por la I.P.S.

Añade que no le corresponde controlar ni vigilar el acto médico y que la *lex artis* determina que el error diagnóstico puede ser excusable.

Resalta, que la carga de la prueba en este caso incumbe a quien pretende afirmar el hecho anormal y que dentro del material probatorio aportado no se encuentra relación entre las actividades desarrolladas por parte de las instituciones demandadas, en especial NUEVA E.P.S. y el daño alegado, ya que no resulta suficiente señalar las fechas en que fue atendido RAFAEL BLANCO RAMÍREZ, o las interpretaciones dadas a la historia clínica, para enrostrar la responsabilidad alegada, cuando por el contrario, se resalta que conforme a la ley vigente no hubo en ningún momento obstrucciones al desarrollo del tratamiento indicado por el médico, cosa distinta son las decisiones y conclusiones a las que hubiera llegado el médico tratante.

Trae a colación que tratándose de responsabilidad médica, se ha dicho que ésta genera obligaciones de medio y no de resultado, pues la regla general indica que ningún médico puede garantizar a su paciente el 100% de efectividad, y por otro lado, al ser una actividad humana, siempre existe un riesgo implícito en la conducta médica, pues muchos de los acontecimientos que hacen que el tratamiento o diagnósticos dados a un paciente, no sean los esperados, no se deben necesariamente a una mala praxis de la medicina, sino a situaciones o riesgos implícitos en la patología tratada, siendo episodios esperados o previsibles en un paciente.

Precisa que la sintomatología del caso era compatible con hemorragia de vías digestivas bajas, por modo que al inicio del diagnóstico no se puede predicar la existencia de un error, pues genera muchas posibilidades diferenciales, para disipar causas comunes de mayor ocurrencia, punto sobre el cual comenta era procedente de manera posterior la realización de una endoscopia para establecer si el origen se encontraba en vías digestivas altas y posteriormente la tomografía.

Agrega que el aneurisma abdominal es la décima causa de muerte en los EEUU y es la urgencia vascular más letal, con una tasa de mortalidad de entre el 70 al 90% en el posoperatorio; que el riesgo de ruptura de aneurisma abdominal depende de su tamaño, siendo el presentado en este caso de 83mm el riesgo de ruptura era de entre el 30 y el 40%; que la triada clásica para el diagnóstico de aneurisma abdominal la conforman: i) dolor de espalda o abdomen; ii) masa abdominal expansible y iii) hipotensión, destacando que solo hasta el día 25 de noviembre en horas de la noche el paciente presenta dolor abdominal, asociado a sudoración e hipotensión que no había manifestado; que el sangrado rectal no es un síntoma de aneurisma y se presentó en este caso de forma inusual en virtud de la fistula de arteria iliaca a sigmoide, lo cual solo se presente en el 0.98% de los casos a nivel mundial.

Indica que se previno de los riesgos del traslado el cual no podía autorizarse porque no era seguro; que el tratamiento de un aneurisma es la cirugía inmediata con procedimiento abierto y que se dispusieron las autorizaciones ante la existencia del consentimiento informado.

Finaliza indicando que para el caso en concreto, la determinación y comprobación de la relación de causalidad requería la determinación de la conducta como culposa para hilar la causalidad. Así entonces no se encuentra prueba dentro del recaudo probatorio que demuestre que la Nueva E.P.S. cumplió defectuosamente sus obligaciones frente al usuario.

Las exposiciones anteriores sirvieron de fundamento a las excepciones promovidas por la EPS bajo los siguientes títulos:

1. Cumplimiento cabal de las obligaciones de la NUEVA EPS en su condición de asegurador.
2. Ausencia de culpa de la NUEVA EPS
3. Inexistencia de responsabilidad solidaria.
4. Inexistencia de responsabilidad
5. Inexistencia de nexo causal entre la actividad de la NUEVA EPS y el resultado final
6. Carencia absoluta de prueba de nexo causal entre la omisión endilgada a NUEVA EPS y el daño alegado.
7. Inexistencia de yerro inexcusable en el actuar del médico y la IPS tratante, responsabilidad de medio y no de resultado-
8. Inexistencia de responsabilidad por carencia de daño antijurídico.
9. Los médicos tratantes actuaron y la EPS autorizó los procedimientos quirúrgicos cuando se obtuvo el consentimiento informado.
10. Cobro de lo no debido.

2.3. La PREVISORA S.A. Compañía de seguros (f. 443 a 449) // llamada en Garantía por ESE

Se opuso a las pretensiones de la demanda por considerar que carecen de respaldo fáctico y jurídico, pues el señor RICARDO BLANCO RAMIREZ se enfermó siendo atendido inicialmente en los Hospitales de Güican y Soatá y posteriormente el día 22 de noviembre fue remitido al Hospital San Rafael de Tunja y a partir de su ingreso se le diagnosticó y suministró el tratamiento adecuado a su precario estado de salud, practicándose todos los procedimientos médicos y quirúrgicos que necesitó, los cuales estuvieron siempre orientados a obtener su restablecimiento de salud.

Resalta que las actuaciones del Hospital estuvieron enmarcadas en la prudencia, diligencia y el cuidado que se tuvo en el manejo del paciente desde su ingreso. Que por lo anterior los elementos generadores de responsabilidad no aparecen configurados.

Frente a los hechos señala que no le consta ninguno, ateniéndose a lo que resulte probado en el expediente.

Coadyuva las excepciones propuestas por el centro médico frente a la demanda; al mismo tiempo que propone como excepciones: a) ausencia de los elementos constitutivos de la responsabilidad médica; b) actividad médica es de medio y no de resultado.

Argumenta entonces que la atención que se prestó al señor RICARDO BLANCO RAMIREZ fue atendida de manera correcta por personal idóneo y el tratamiento que se le suministró fue adecuado a los síntomas que padecía y se le realizaron los procedimientos que requirió; destacando que los procedimientos médicos son de medio y no de resultado y que por lo mismo aun cuando se realicen con la mayor diligencia no puede siempre garantizarse su éxito.

Al llamamiento. Acepta la existencia de la póliza de seguro de responsabilidad Civil No. 1002711, pero precisa que no tiene ninguna cobertura para la responsabilidad civil profesional médica derivada de la prestación del servicio de salud y las coberturas expedidas son las que aparecen en la caratula aportada las cuales tienen un objeto diferente. En consecuencia propone como excepciones en contra del llamamiento en garantía: a) limitación de responsabilidad; b) ajuste del valor a indemnizar de acuerdo al grado de agotamiento del valor asegurado; c) aplicación del deducible pactado en la póliza.

2.4. C.T. A. CIRUJANOS DE BOYACÁ // llamada en Garantía por la ESE.

Pese a ser notificada adecuadamente (f. 507) guardó silencio

III. ALEGATOS DE CONCLUSIÓN

3.1. Parte actora (f. 631 a 636).

Alega que la ruptura la arteria aorta del señor RICARDO BLANCO RAMIREZ se realizó de una forma paulatina pero progresiva lo cual transcurrió durante un periodo de diez días después de haber presentado el episodio inicial, para llegar a descubrir así la causa de la hemorragia rectal que presentaba, por lo cual se puede concluir que no fue de manera intempestiva y explosiva, sin

embargo no recibió la atención oportuna, eficiente, y profesional, que el caso requería, en los respectivos centros o dependencias de salud a donde acudió, excepción hecha del hospital del municipio de Güican,

Con base en lo anterior cuestiona la manera tardía, como se descubrió la causa de la hemorragia, haciendo alusión a los adelantos de la ciencia médica, en pleno siglo XXI más aun en un centro de salud de III o IV nivel de atención como lo es el Hospital San Rafael de la ciudad de Tunja

Realiza un recuento espacio temporal de la audiencia de testimonios resaltando que no se le dio prioridad desde un principio al paciente; que se tardaron 4 días en establecer la causa de la hemorragia y que si bien ingresó al hospital por urgencias alrededor de las 3:30 de la tarde lo dejaron en observación, no se le trató de manera urgente como era debido, a pesar de la insistencia de la esposa del paciente a los médicos de turno para que lo atendieron de manera prioritaria debido al sangrado abundante e incontrolable que presentaba, solamente hasta las 11:30 de la noche se inicia la atención con la asignación de habitación. Relieva la importancia del tiempo para el establecimiento del diagnóstico y cuestiona la razón por la cual no se llevó a cabo desde un comienzo la prueba o examen de TAC.

Así mismo señala que no se le realizó el examen que de manera oportuna el cual hubiera establecido el proceder y la causa real del sangrado del paciente, sino todo lo contrario se dejó transcurrir los días realizando otros exámenes y una vez se halló la causa real de la enfermedad se llevó a cabo la intervención la cual no fue realizada por el especialista Cardiovascular quien era la persona encargada de tal cirugía.

Finalmente, reitera la negativa de la NUEVA EPS de autorizar los servicios del especialista cardiovascular señalando que eludió sus obligaciones, poniendo en riesgo la vida del paciente.

3.2. LA PREVISORA S.A. Compañía de Seguros (f. 637 a 641)

Manifiesta que las actuaciones realizadas por el Hospital San Rafael de Tunja, a través de su equipo médico, estuvieron enmarcadas en la prudencia, diligencia y el cuidado en el manejo del paciente desde su ingreso, diagnosticándosele de manera oportuna la patología que lo aquejaba y efectuándole los procedimientos necesarios para el tratamiento de la enfermedad que padecía.

Indica que hay ausencia de los elementos constitutivos de la responsabilidad médica según lo demostrado en el proceso, pues la atención prestada al señor RICARDO BLANCO RAMIREZ (q.e.p.d.) por el Hospital San Rafael de Tunja, estuvo encuadrada dentro de la correcta aplicación de los protocolos de manejo establecidos, los cuales fueron ejecutados de manera adecuada y conforme a la literatura médica universal y dando con ello estricto cumplimiento a todas sus obligaciones, encontrándose liberado de cualquier responsabilidad que se le pudiera adjudicar.

Igualmente resalta que los procedimientos médicos son de medio y no de resultado, y por lo mismo, aun cuando se realicen con la mayor diligencia posible no puede siempre garantizarse su éxito ya que en ciertas ocasiones por reacciones endógenas del organismo del paciente se pueden presentar dificultades siendo ello inherente a la praxis médica.

Finalmente, solicita se declare la prosperidad de las excepciones presentadas en contra del llamamiento en garantía tales como limitación de la responsabilidad, ajuste del valor a indemnizar de acuerdo al grado de agotamiento del valor asegurado y aplicación del deducible pactado en la póliza, y si no fuese así, en consecuencia dicha obligación se circunscriba a los términos, condiciones y limitaciones de la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil vigente para la fecha en la que se le presento la reclamación al Hospital San Rafael de Tunja, siempre y cuando el asegurado haya cumplido a cabalidad sus obligaciones y no haya violado las prohibiciones que le imponen tanto el contrato de seguro, la Ley y no se encuentre en una de las causales de exclusión previstas en las condiciones generales o particulares de la póliza.

3.3. Nueva Empresa Promotora de Salud - NUEVA EPS S.A (f. 642 a 652)

Inicia realizando un recuento de los hechos aducidos dentro del proceso indicando que corresponde a la ESE SAN RAFAEL DE TUNJA asumir las consecuencias de la presunta falla médica pues es su deber responder de manera autónoma como partícipe del SGSSS en su condición de IPS respecto a sus obligaciones legales en la prestación de los servicios médicos que se obligó a prestar al paciente, así no se vislumbre mala praxis. Reitera las excepciones planteadas.

Trae a colación lo establecido por artículo 177 de la Ley 100 de 1993 indicando que la EPS cumplió las funciones que por delegación legal tiene por lo cual no es posible endilgarle, responsabilidades que por su naturaleza y función son propias de otro tipo de entidades o personas, como es la IPS donde se desarrollado el tratamiento médico, o los errores -que de haber existido, le fueran imputables a los médicos de manera directa en virtud de la LEX ARTIS, por hechos que corresponden a los esquemas de seguridad y cuidado de los pacientes, obligación que es y debe ser propia de las entidades hospitalarias UNICAMENTE, sin trasladar los resultados de una falla en este esquema a las demás entidades integrantes del SGSSS.

Indica que en la contestación de la demanda se sustentaron excepciones de fondo las cuales en síntesis demuestran que NUEVA EPS SA cumplió con todas sus obligaciones en lo referente a la emisión de todas las autorizaciones que requirió en los diferentes centros médicos a los que acudió, por lo que no existe acto volitivo que pueda considerarse nexos causal entre el pretendido error médico, por demás inexistente en este caso, con el daño.

Manifiesta que el acto médico demandado no fue desplegado por LA NUEVA E.P.S. S.A. la cual por ley no se compromete con sus afiliados a prestar los servicios de salud, su compromiso y obligación legal consiste en garantizar el acceso a los servicios de salud, obligación que cumple a través de una red prestadora de servicios de salud que puede constituir con sus propias Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud o contratadas. En el presente caso, lo realizó a través de la IPS tratante, quien actuó con absoluta independencia y autonomía bajo discrecionalidad científica, es decir, que la obligación presuntamente defectuosa, no estaba radicada en cabeza de NUEVA EPS S.A. sino en el equipo médico contratado por la IPS tratante, el cual estaba obligado a observar la *lex artis*, los protocolos de atención de esta clase de servicios médicos, y sobre todo a ajustar sus conductas médicas a los preceptos contenidos en la Ley 23 de 1981.

Resalta que el nexo causal no existe por una mera enunciación o presunción, sino que, por el contrario, se configura en el ámbito de la inferencia evidente que pueda realizarse a la luz de la percepción del juzgador para determinar que el daño es consecuencia directa del hecho dañoso, que por demás éste último debe estar probado.

En base a lo anterior destaca que dentro del material probatorio aportado, no se encuentra relación entre las actividades desarrolladas por parte de NUEVA EPS y el daño alegado, ya que no resulta suficiente las interpretaciones u opiniones de la demandante para enrostrar la responsabilidad alegada, cuando por el contrario, se desmienten las declaraciones tendenciosas que inclusive contradicen lo anotado en los hallazgos clínicos.

Finalmente, solicita se absuelva de cualquier responsabilidad a NUEVA EPS y declare probadas las excepciones planteadas en atención a la carencia de pruebas tendientes a demostrar la responsabilidad de la demandada, pues no existe nexo de causalidad entre el hecho alegado como dañoso y el daño alegado en sí mismo considerado, por cuanto no hay prueba de factor de imputabilidad de responsabilidad a la EPS de cualquier conducta omisiva o dañosa.

3.4. E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA (f. 629 a 630)

Realiza una introducción frente a la carga de prueba señalando que el Juez puede de oficio o a petición de parte distribuir la carga al decretar las pruebas, durante su práctica o en cualquier momento antes de fallar, exigiendo probar determinado hecho a la parte que se encuentre en una situación más favorable para aportar las evidencias o esclarecer los hechos controvertidos, para lo cual en el caso en concreto estos eventos no se sucedieron, razón por la cual le corresponde a la parte actora demostrar los supuestos de hecho de las normas cuyos efectos jurídicos invoca.

Procede a realizar estudio sobre cuáles son los elementos para establecer la responsabilidad extracontractual basada en la teoría subjetiva o teoría clásica de la culpa para ver si se cumplen en el caso de estudio, para servir de fuente a la obligación de indemnizar, indicando que se cumple el primer requisito en lo referente a el daño, el cual es derivado del fallecimiento del señor RICARDO BLANCO RAMIREZ; frente el segundo requisito el actuar doloso o culposo del actor, infiere una vez realizado un recuento de los hechos afirmados por la parte demandante, que durante la estancia del paciente en la ESE SAN RAFAEL DE TUNJA (del 22 al 27 de noviembre de 2010) se le brindaron los servicios de salud requeridos, disponibles y habilitados, con oportunidad, pertinencia y calidad.

Indica que la no intervención quirúrgica del señor RICARDO BLANCO RAMIREZ de manera inmediata, se debió a factores tales como, que primero se llevó a cabo el procedimiento indicado en los protocolos para el tipo de patología y síntomas presentados por el paciente, de igual forma una vez se tiene el diagnóstico de aneurisma de aorta abdominal su esposa decide no autorizar la intervención quirúrgica y prefiere firmar el desistimiento informado siendo este sin lugar a dudas el mayor obstáculo para la práctica de la cirugía, pues la ausencia de consentimiento la impedía.

Posteriormente y ante la no consecución por parte de su EPS de remisión del paciente a otro Institución de Salud que contase con el servicio habilitado de cirugía vascular y agravamiento en su estado de salud, obligó a que su esposa firmara el consentimiento informado y se practica

inmediatamente la cirugía, momento para el cual el paciente ya se encontraba en un estado crítico de su salud, que no obstante el esfuerzo de los dos cirujanos generales que lo intervinieron, no le permitió sobrevivir a la cirugía.

Por lo anterior concluye que la muerte del señor RICARDO BLANCO RAMIREZ no puede atribuirse a la atención prestada por parte de la ESE SAN RAFAEL DE TUNJA, puesto que se le brindaron todos los servicios que el paciente requirió; indicando que el desenlace fatal, estuvo asociado principalmente a la patología que lo afectaba, que como lo sostuvo el Cirujano General Dr. JOSE ANTONIO TAMARA LOPEZ en su declaración, esos eventos tiene una mortalidad superior al 90% y consustancial a ello la falta de autorización por parte de la esposa del paciente para una intervención quirúrgica más temprana.

Conllevando lo antepuesto a que no exista nexo de causalidad entre el daño y el actuar de la demandada haciendo forzoso concluir que la sentencia de primera instancia ha de negar las pretensiones de la demanda en relación con la Institución Hospitalaria.

IV. CONSIDERACIONES

4.1. Asunto a resolver.

Se trata de establecer en este caso si la IPS, ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA y la NUEVA EPS, son administrativamente responsables a título de falla del servicio de los perjuicios materiales y morales causados a los demandantes con ocasión del fallecimiento del señor RICARDO BLANCO RAMIREZ ocurrido el 27 de noviembre de 2010.

4.2. Las excepciones propuestas

Respecto a las excepciones de "CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIONES DE LA NUEVA EPS EN SU CONDICIÓN DE ASEGURADORA", "AUSENCIA DE CULPA DE NUEVA EPS", "INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD SOLIDARIA", "INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD", "INEXISTENCIA DE YERRO INEXCUSABLE EN EL ACTUAR DEL MÉDICO Y LA IPS TRATANTE, RESPONSABILIDAD DE MEDIO Y NO DE RESULTADO", "LOS MÉDICOS TRATANTES ACTUARON Y LA EPS AUTORIZÓ LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS CUANDO SE OBTUVO EL CONSENTIMIENTO INFORMADO" y "COBRO DE LO NO DEBIDO, propuestas por la NUEVA EPS y "APLICACIÓN DEL PRINCIPIO DEL RIESGO PERMITIDO", que invoca la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA, constituyen **extensiones de las razones de oposición** a la demanda¹ y no "excepciones" propiamente dichas, de las cuales se predica envolver circunstancias impeditivas, extensivas o modificativas del derecho que se reclama, por lo que se resolverán los descargos de abordar el debate

Esta misma consecuencia, debe aplicarse a los reparos titulados "INEXISTENCIA DE FALLA DEL SERVICIO", "INEXISTENCIA DE NEXO DE CAUSALIDAD", "INEXISTENCIA DE CAUSA LEGAL O DE PRESUPUESTOS DE LA RESPONSABILIDAD", "HECHO DE UN TERCERO" e

¹ Hernando Devis Echandia, Estudios de Derecho Procesal, citado en Hernán Fabio López Blanco, Instituciones de Derecho Procesal Civil Colombiano, pag. 408, sexta edición: "La defensa u oposición en sentido estricto existe cuando el demandado se limita a negar el derecho pretendido por el actor o los hechos en que éste se apoya... la excepción existe cuando el demandado alega hechos impeditivos o extintivos o modificativos del mismo, o simplemente dilatorios, que impiden en ese momento y en tal proceso se reconozca la exigibilidad o efectividad del derecho..."

"INEXISTENCIA DE PRESUPUESTOS QUE PERMITAN VINCULAR A LA E.S.E COMO PRESUNTA RESPONSABLE DE LA FALLA MEDICA ATRIBUIDA" propuestas por la E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA, y a los denominados *"INEXISTENCIA DE NEXO CAUSAL ENTRE LA ACTIVIDAD DE NUEVA EPS Y EL RESULTADO FINAL"*, *"CARENCIA ABSOLUTA DE PRUEBA DE NEXO CAUSAL ENTRE LA OMISIÓN ENDILGADA A NUEVA EPS Y EL DAÑO ALEGADO"* e *"INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD POR CARENCIA DEL DAÑO ANTIJURÍDICO"*, promovidos por LA NUEVA EPS dado que además de lo ya indicado, ha señalado el Consejo de Estado que el defecto en los aspectos de la estructura de la responsabilidad, como la causalidad, no corresponde a excepciones, sino justamente a presupuestos que deben cumplirse para obtener la declaración que se pretende, por ende, no enervan o extingue un derecho, como es la esencia de la excepción². En tal virtud, los argumentos que nutren estos reparos de oposición serán analizados junto con el fondo del asunto en el momento que en desarrollo de la sentencia de instancia se juzgue oportuno.

Tampoco constituye excepción la *"FALTA DE LEGITIMACION MATERIAL EN LA CAUSA"*, que glosa la ESE ya que se trata de un presupuesto para dictar sentencia de mérito favorable a las pretensiones³, de manera que tales argumentos serán desatados con el fondo del asunto.

Finalmente dado que LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, replica bajo similares parámetros, sus argumentos de *"AUSENCIA DE LOS ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DE RESPONSABILIDAD MÉDICA"*, y *"ACTIVIDAD MÉDICA ES DE MEDIO Y NO DE RESULTADO"*, es evidente que deben recibir el mismo tratamiento.

Por último, en cuanto a las excepciones promovidas frente al llamamiento en garantía, el Despacho considera innecesario incluso hacer mención de ellas, cuando su estudio depende exclusivamente de que la asegurada E.S.E. SAN RAFAEL DE TUNJA sea encontrada responsable, en tal virtud, primero se abordará lo que corresponda a su responsabilidad y luego si es del caso, se entrará a establecer lo pertinente respecto del llamamiento.

4.3. Régimen de responsabilidad y título jurídico de imputación.

Frente al régimen de responsabilidad por falla del servicio hospitalario la Jurisprudencia ha diferenciado dos eventos; la falla en el funcionamiento del servicio médico y el acto médico o quirúrgico. Dijo el Consejo de Estado⁴ frente al particular:

² Consejo de Estado, Sección Tercera, Consejera Ponente: Doctora MYRIAM GUERRERO DE ESCOBAR, sentencia de 28 de abril de 2010, expediente: 17001-23-31-000-1998-00609-01(19839): "Como surge a primera vista, los fenómenos de fuerza mayor o caso fortuito, **no constituyen propiamente medios exceptivos y carecen de tal connotación**, debido a que no están dirigidas a enervar las pretensiones procesales a través de elementos que las extingan, modifiquen o dilaten, sino que se encuentran encaminados a rearguir los supuestos fácticos que erigen la acción en ejercicio del genérico derecho de defensa. [...] En efecto, **la proposición de causas extrañas convoca al análisis de la eventual inexistencia de uno de los elementos de la responsabilidad como es el nexo de causalidad entre el hecho que se imputa a la administración y el daño alegado, planteamiento que, precisamente, constituye parte del debate sustancial planteado.** (...) En relación con las circunstancias de fuerza mayor o caso fortuito esgrimidas en la contestación de la demanda y que tienen por objeto prevenir sobre la reacción indeterminable e imprevisible que puede generarse en un organismo, la Sala encuentra que, la denominación del medio exceptivo no guarda relación con el contenido del mismo y, éste, a su turno, **no tiene tal carácter, pues como se ha indicado las causas extrañas que, como excepciones, tienen como propósito enervar la relación etiológica entre el hecho imputable a la administración y el daño, razón por la cual no se destruye perentoriamente la pretensión procesal del demandante** y en su lugar se dispone el análisis de los elementos que hacen parte de la estructura de la responsabilidad, en este caso extracontractual del Estado, a fin de verificar la integración o no de los mismos..." Destaca el Juzgado. En ese mismo sentido, tratándose de defectos en la legitimación el Consejo de Estado, Sección Tercera, Consejero Ponente: Doctor MAURICIO FAJARDO GOMEZ, sentencia de 31 de octubre de 2007, expediente 11001-03-26-000-1997-13503-00(13503) dijo: "...Sea lo primero advertir, en relación con la naturaleza jurídica de la noción de legitimación en la causa, que ésta, en los procesos ordinarios y según lo ha señalado la Sala, **no es constitutiva de excepción de fondo sino que se trata de un presupuesto necesario para proferir sentencia de mérito favorable ora a las pretensiones del demandante, bien a las excepciones propuestas por el demandado.**" - destacados fuera de texto-

³ Consejo de Estado, Sección Tercera, Consejero Ponente: Doctor MAURICIO FAJARDO GOMEZ, sentencia de 31 de octubre de 2007, expediente 11001-03-26-000-1997-13503-00(13503): "...Sea lo primero advertir, en relación con la naturaleza jurídica de la noción de legitimación en la causa, que ésta, en los procesos ordinarios y según lo ha señalado la Sala, **no es constitutiva de excepción de fondo sino que se trata de un presupuesto necesario para proferir sentencia de mérito favorable ora a las pretensiones del demandante, bien a las excepciones propuestas por el demandado.** En similar sentido sentencia de 14 de julio de 2016, expediente /47309, CP. MARTHA NUBIA VELAZQUEZ RICO.

⁴ Consejo de Estado, sentencia de 11 de noviembre de 1999, expediente 12.165, C.P. Dr. JESÚS MARIA CARRILLO BALLESTEROS.

“...Dejar caer al recién nacido y encontrarse bajo llave el equipo de entubación cuando se necesitó para salvar la vida del infante Rulber Caicedo, constituyen respectivamente hechos que denotan impericia e imprevisión en la prestación del servicio, que funcionó defectuosamente, y se erige como causa del desenlace fatal. **Casos como el presente ponen de manifiesto que existe una clara diferencia entre los hechos referentes a la organización y funcionamiento del servicio y los que atañen al acto médico y quirúrgico propiamente dicho, los cuales aun cuando hacen parte de una misma actividad y propenden por la misma finalidad, son tratados jurisprudencialmente en el nivel que científicamente les corresponde y por ello, a los primeros les es aplicable la falla probada como título de imputación, en tanto que a los segundos conviene la falla presunta para deducir responsabilidad.** Muchos son los casos en que con ocasión de la prestación del servicio público de salud, se incurre en fallas administrativas que por su naturaleza deben probarse y la carga de la prueba corresponde al demandante, tales hechos como el resbalar al penetrar en un consultorio, tropezar al acceder a la mesa de observación por la escalerilla, caída de una camilla, el no retiro de un yeso previa ordenación médica, o la causación de una quemadura cuando hay lugar a manipulación de elementos que puedan ocasionarla. En ellos, es natural que no proceda la presunción de falla deducida jurisprudencialmente para los casos de acto médico y ejercicio quirúrgico, y que consecuentemente deba el actor probar la falla del servicio como ocurrió en el caso sub análisis, habiendo demostración de la caída del menor por descuido de quienes lo tenían a su cuidado, y de la imposibilidad de atenderlo convenientemente, con los elementos de que se disponía, pero que no pudieron emplearse por encontrarse bajo llave. ...” – Destaca el Juzgado –

Con base en este pronunciamiento, es notable que el ámbito del servicio médico asistencial en salud, comprenda dos aspectos distintos, de una parte, la organización administrativa, técnica u operativa de la institución encargada de prestar el servicio y de otra, el ámbito del acto médico o quirúrgico propiamente dicho.

En el caso que se estudia, **la responsabilidad se atribuye** más que aun defecto de la parte operativa o administrativa de las entidades demandadas **a la oportunidad, idoneidad y eficacia de los procedimientos que envuelven el diagnóstico, la atención y la remisión del paciente;** tales como los relacionados con el tardío diagnóstico de la patología que padecía el señor RICARDO BLANCO RAMÍREZ; la falta de especialista en cirugía vascular en la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja; y la negativa de remitir el paciente a un centro especializado en cirugía Cardiovascular.

La responsabilidad por el acto médico y quirúrgico, que implican la práctica de la ciencia médica (lex artis) en diferentes estadios como el diagnóstico, valoración, manejo, tratamiento, prescripción, intervención y todos aquellos aspectos que deban tener lugar directamente o con incidencia en la salud del paciente, ha sido abordada desde variados enfoques, predominantemente, desde la óptica de la falla del servicio, no obstante, con marcadas diferencias en lo que concierne a la carga probatoria, como pasa a verse.

El Consejo de Estado señaló frente a la evolución del régimen de responsabilidad, en sentencia de marzo de 2001⁵, lo siguiente:

“... **Un primer momento** en la evolución jurisprudencial sobre la responsabilidad por el servicio médico asistencial, exigía al actor aportar la prueba de la falla para la prosperidad de sus pretensiones. **Posteriormente**, en sentencia de octubre 24 de 1990, la Sala consideró que el artículo 1604 del Código Civil debía ser aplicado también en relación con la responsabilidad extracontractual y en consecuencia, la prueba de la diligencia y cuidado correspondía al demandado en los casos de responsabilidad médica. La de falla del servicio médico que con esta posición jurisprudencial se acogió, **fue reiterada** en decisión del 30 de junio de 1992, pero con una fundamentación jurídica diferente, la cual hacía referencia a la posibilidad en que se encuentran los profesionales, dado su “conocimiento técnico y real por cuanto ejecutaron la respectiva conducta”, de satisfacer las inquietudes y cuestionamientos que puedan formularse contra sus procedimientos. Es de resaltar que la presunción que en esas providencias adoptó la Sala, no es excepcional. En el apartado 2 del artículo 1 de la proposición de Directiva de la Comisión de las Comunidades Europeas el 9 de noviembre de 1990 sobre la responsabilidad del prestador de servicios se dispone que “la carga de la prueba de la falta de culpa incumbe al prestador de servicios. Esta inversión de la carga de la prueba parte

⁵ Sección Tercera, C.P. Dr. RICARDO HOYOS DUQUE, sentencia de 22 de marzo de 2001, expediente: 13166

también en la comunidad europea de la idea de que el profesional dispone de conocimientos técnicos, de las informaciones y de los documentos necesarios que le permiten aportar más fácilmente la prueba de su ausencia de culpa. **Más recientemente**, la Sala ha considerado que la presunción de falla en los casos de responsabilidad médica se deriva de la aplicación de la teoría de la carga dinámica de las pruebas y por lo tanto, dicha presunción no debe ser aplicada de manera general sino que en cada caso el juez debe establecer cuál de las partes está en mejores condiciones de probar la falla o su ausencia...” (...)

“... El tema de la prueba de la falla médica y de la relación causal es de gran controversia jurisprudencial, también en los eventos de responsabilidad contractual o extracontractual de los médicos o instituciones particulares. En reciente decisión, la Corte Suprema de Justicia al resolver sobre una demanda de casación, luego de hacer un recuento histórico de las decisiones que al respecto ha adoptado esa Corporación, consideró que la carga de la prueba por el acto médico defectuoso o inapropiado corresponde al demandante y descartó la aplicación de la presunción de culpa en contra del profesional, por considerar que el riesgo que generan los actos médicos y quirúrgicos no debe ser asumido por éste, en razón de “los fundamentos éticos, científicos y de solidaridad que lo justifican y lo proponen ontológicamente y razonablemente necesario para el bienestar del paciente, y si se quiere legalmente imperativo para quien ha sido capacitado como profesional de la medicina”. En la misma decisión, al tratar el tema de la prueba de los elementos de la responsabilidad contractual médica, aceptó la Corte el principio de la carga dinámica. En síntesis, puede afirmarse que en muchos eventos el demandante puede ser relevado por el juez de acreditar la falla del servicio médico, en aplicación del principio de la carga dinámica de las pruebas o bien a través de una inversión de la carga de las mismas, en consideración al alto grado de dificultad que representa para éste acreditar hechos de carácter científico o realizados en condiciones en las cuales únicamente el profesional médico pueda tener acceso a la información. De igual manera, en algunos eventos no se requerirá que la prueba aportada por el demandante genere certeza sobre la existencia de la relación causal, pues en consideración a la complejidad de los conocimientos científicos y tecnológicos en ella involucrados, el juez puede darla por establecida con la probabilidad de su existencia. En todo caso, para que proceda la declaración de responsabilidad del Estado por la prestación del servicio médico, el demandante debe acreditar la prestación del servicio médico asistencial o la omisión de dicha asistencia cuando ésta ha sido requerida y existía el deber de prestarla; así como el daño sufrido por esa causa. - destacados del Juzgado-

Posteriormente, el Consejo de Estado determinó volver al régimen de **falla probada del servicio** a través de sentencia de 31 de agosto de 2006, con ponencia de la Consejera, Doctora RUTH ESTELLA CORREA PALACIO, expediente 15.772, discurrió así:

“...Por tratarse de la imputación del daño a una falla médica, considera la Sala precedente realizar, previo a la decisión del caso concreto, una breve exposición de la jurisprudencia actual sobre el régimen de responsabilidad bajo el cual debe examinarse, en particular para establecer cuáles eran las cargas probatorias de las partes. (...) Posteriormente, la Sala cuestionó la aplicación generalizada de la presunción de la falla del servicio y señaló que dicha presunción no debía ser aplicada de manera general sino que en cada caso el juez debía establecer cuál de las partes estaba en mejores condiciones de probar la falla o su ausencia. Dijo la Sala:

(...)
Sin embargo, se advirtió en la práctica jurisprudencial que la aplicación de esa regla probatoria traía mayores dificultades de las que podría ayudar a solucionar, pues la definición de cuál era la parte que estaba en mejores condiciones de probar determinados hechos relacionados con la actuación médica, sólo podía definirse en el auto que decretara las pruebas y nunca en la sentencia. Lo contrario implicaría sorprender a las partes atribuyéndoles los efectos de las deficiencias probatorias, con fundamento en una regla diferente a la prevista en el artículo 177 del Código de Procedimiento Civil, en un momento procesal en el que ya no tenían oportunidad de ejercer su derecho de defensa aportando nuevas pruebas. (...) Por eso, de manera reciente la Sala ha recogido las reglas jurisprudenciales anteriores, es decir, las de presunción de falla médica, o de la distribución de las cargas probatorias de acuerdo con el juicio sobre la mejor posibilidad de su aporte, **para acoger la regla general que señala que en materia de responsabilidad médica deben estar acreditados en el proceso todos los elementos que la configuran, para lo cual se puede echar mano de todos los medios probatorios legalmente aceptados, cobrando particular importancia la prueba indiciaria que pueda construirse con fundamento en las demás pruebas que obren en el proceso, en especial para la demostración del nexo causal entre la actividad médica y el daño.**

Se acoge dicho criterio porque además de ajustarse a la normatividad vigente (art. 90 de la Constitución y 177 del Código de Procedimiento Civil), resulta más equitativa. La presunción de la falla del servicio margina del debate probatorio asuntos muy relevantes, como el de la distinción entre los hechos que pueden calificarse como omisiones, retardos o deficiencias y los que constituyen efectos de la misma enfermedad que sufra el paciente. La presunción traslada al Estado la carga de desvirtuar una presunción que falló, en una materia tan compleja, donde el alea constituye un factor inevitable y donde el paso del tiempo y las condiciones de masa (impersonales) en las que se presta el servicio en las instituciones públicas hacen muy compleja la demostración de todos los actos en los que éste se materializa. (...) La desigualdad que se presume del paciente o sus familiares para aportar la prueba de la falla, por la falta de conocimiento técnicos, o por las dificultades de acceso a la prueba, o su carencia de recursos para la práctica de un dictamen técnico,

encuentran su solución en materia de responsabilidad estatal, gracias a una mejor valoración del juez de los medios probatorios que obran en el proceso, en particular de la prueba indiciaria, que en esta materia es sumamente relevante, con la historia clínica y los indicios que pueden construirse de la renuencia de la entidad a aportarla o de sus deficiencias y con los dictámenes que rindan las entidades oficiales que no representan costos para las partes.

En materia de la prueba de la existencia de fallas en la prestación del servicio, valga señalar el valor de las reglas de la experiencia, como aquella que señala que en condiciones normales un daño sólo puede explicarse por actuaciones negligentes, como el olvido de objetos en el cuerpo del paciente⁶⁶¹, daños a partes del cuerpo del paciente cercanas al área de tratamiento, quemaduras con rayos infrarrojos, rotura de un diente al paciente anestesiado, fractura de mandíbula durante la extracción de un diente, lesión de un nervio durante la aplicación de una inyección hipodérmica⁷¹⁷.

El volver a la exigencia de la prueba de la falla del servicio, como regla general, no debe llamar a desaliento y considerarse una actitud retrograda. Si se observan los casos concretos, se advierte que aunque se parta del criterio teórico de la presunción de la falla del servicio, las decisiones en la generalidad, sino en todos los casos, ha estado fundada en la prueba de la existencia de los errores, omisiones o negligencias que causaron los daños a los pacientes....” - se destaca-

Esta posición ha sido reiterada por la Sección Tercera del Consejo de Estado en sentencia de **26 de marzo de 2008**⁸ y posteriormente en providencia de **28 de abril de 2011**⁹, e incluso de forma más reciente, en sentencia de **7 de diciembre de 2016**, se indicó por el Consejo de Estado, con ponencia de la Doctora MARTHA NUBIA VELASQUEZ RICO:

“En este orden de ideas, si bien el régimen aplicable a los eventos en los cuales se discute la responsabilidad patrimonial del Estado por las actividades médico-sanitarias es, de manera general, el de la **falla probada del servicio**, la especial naturaleza de la actividad en estudio le permite al juez de la causa acudir a diversos medios probatorios (v. gr. la prueba indiciaria) para formar su convencimiento acerca de la existencia del nexo de causalidad, sin que por ello se pueda afirmar que dicha relación causal se presume¹⁰.- se destaca-

No hay duda entonces que el caso que se analiza debe examinarse a la luz del **régimen subjetivo de responsabilidad, con título de imputación por falla probada del servicio.**

4.4. La falla del servicio imputada.

En ánimo de dar eficaz y concreta resolución de la responsabilidad enrostrada a las entidades enjuiciadas en este asunto, volverá el Juzgado sobre las circunstancias denunciadas como constitutivas de falla del servicio en este caso, a efecto de ordenarlas y concatenarlas.

Básicamente se ha señalado en la demanda que se resuelve, que la muerte del señor RICARDO BLANCO RAMÍREZ, es producida por negligencia atribuida a lo siguiente:

⁶⁶¹ Lo que la doctrina denomina como óbito quirúrgico y que considera que en la generalidad de los casos sólo puede explicarse por negligencia del médico o su equipo.

⁷¹⁷ Ejemplos citados por RICARDO LUIS LORENZETTI. Ob.cit. pág.222.

⁸ Sección Tercera, C.p. Dra RUTH STELLA CORREA PALACIO, **sentencia de 26 de marzo de 2008**, expediente: (15725): “...En relación con los elementos de la responsabilidad patrimonial del Estado por el acto médico, la jurisprudencia de la Corporación ha acogido de manera sucesiva diferentes reglas, con el fin de hallar un punto de equilibrio en un tema que resulta de gran complejidad. Así se ha pasado por: (i) exigir al actor la prueba de la falla para la prosperidad de sus pretensiones, porque la obligación es de medio; (ii) presumir la falla del servicio médico, en aplicación del artículo 1604 del Código Civil; (iii) presumir la falla del servicio médico, por considerar que las entidades se hallaban en mayor posibilidad de explicar y demostrar el tratamiento que aplicaron al paciente, dado su “conocimiento técnico y real por cuanto ejecutaron la respectiva conducta”, y (iv) distribuir las cargas probatorias en cada caso concreto, luego de establecer cuál de las partes tenía mejores posibilidades de su aporte. [...] No obstante, la Sala de manera reciente, ha recogido las reglas jurisprudenciales anteriores para acoger la regla general que señala que en materia de responsabilidad médica corresponde a la parte demandante acreditar todos los elementos que la configuran, para lo cual resultan admisibles todos los medios probatorios legalmente aceptados, cobrando particular importancia la prueba indiciaria que pueda construirse con fundamento en las demás pruebas que obran en el proceso. (...) De igual manera, en cuanto a la prueba del vínculo causal, se acogió en una época el criterio de que cuando resultara imposible esperar certeza o exactitud en esta materia, no sólo por la complejidad de los conocimientos científicos y tecnológicos en ella involucrados sino también por la carencia de los materiales y documentos que probaran dicha relación, el juez podía conformarse con la probabilidad de su existencia, es decir, que la relación de causalidad quedaba probada “cuando los elementos de juicio suministrados conducían a “un grado suficiente de probabilidad”, que permita tenerlo por establecido. (...) Con posterioridad se precisó que la exigencia de “un grado suficiente de probabilidad”, no implicaba la exoneración del deber de demostrar la existencia del vínculo causal entre el daño y la actuación médica, que hiciera posible imputar responsabilidad a la entidad que prestara el servicio, sino que esta era una regla de prueba, con fundamento en la cual el vínculo causal podía ser acreditado de manera indirecta, mediante indicios. (...) En consecuencia, como se viene exponiendo, para deducir la responsabilidad de las entidades estatales frente a los daños sufridos cuando medie una intervención médica, la víctima del daño que pretenda la reparación correrá con la carga de demostrar la falla en la atención y que esa falla fue la causa del daño por el cual reclama indemnización, es decir, debe probar: (i) el daño, (ii) la falla en el acto médico y (iii) el nexo causal. La demostración de esos elementos podrá lograrse mediante cualquier medio probatorio, siendo el indicio la prueba por excelencia en estos casos ante la falta de una prueba directa de la responsabilidad, dadas las especiales condiciones en que se encuentra el paciente frente a quienes realizan los actos médicos...” - Destaca el Juzgado -

⁹ Sección Tercera, Subsección B, Consejero Ponente: Doctor DANILO ROJAS BETANCOURTH, **sentencia de 28 de abril de 2011**, expediente: 47001-23-31-000-1994-03766-01(19963): “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.” - Negrilla fuera de texto-

¹⁰ Radicación número: 25000-23-26-000-2004-00434-01(34216)

- a) *Diagnóstico tardío de Aneurisma Aorto Abdominal (AAA).*
- b) *Falta de especialista en Cirugía Cardiovascular en la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja.*
- c) *No autorizar por parte de la EPS la remisión del señor RICARDO BLANCO RAMÍREZ a centro especializado en Cirugía Cardiovascular.*

Dicho esto, el Juzgado procederá a analizar cada una de las situaciones constitutivas de falla del servicio en este asunto, previo a lo cual deberá hacerse mención de la prueba más relevante de la actuación.

4.5. Las pruebas del proceso

En este capítulo destacará el Juzgado algunos de los medios de prueba más trascendentes para analizar la existencia de la falla del servicio enrostrada.

En el ejercicio anunciado, el Despacho encuentra necesario para una mejor comprensión y valoración de la prueba existente principalmente técnico-científica, iniciar por las declaraciones de los profesionales médicos que han rendido testimonio o concepto en esta causa, lo cual servirá además de contextualización para comprender las anotaciones de Historia Clínica que se transcribirán y sobre las cuales se efectuarán las valoraciones correspondientes al abordar el caso concreto, momento en el cual se hará uso de los demás medios de prueba pertinentes:

A) Declaración de **LAYLA MARÍA TAMER DAVID** (anexo despacho comisorio), fs 68 y ss) de su declaración se destaca:

- Que es médico y que para la fecha de declaración ocupaba el cargo de Director Científico de la Nueva EPS; que emitió concepto sobre la atención y patología del paciente.
- Que es especialista en medicina interna, y la patología que tenía el paciente está dentro de las áreas de conocimiento de su especialidad.
- Explica en qué consiste la **HVDB** (Hemorragia de Vías Digestivas Bajas), al indicar que es un sangrado que se produce a través de recto y ano proveniente del Angulo del yeyuno duodenal hasta el ano, indicando que puede ser masivo, moderado e incluso microscópico. En relación con los síntomas y causas indica que pueden producirla con mayor frecuencia las hemorroides internas o externas, fisuras anales, pólipos intestinales, angio displacia del colon, carcinomas del colon recto o ano y enfermedades infecciosas y bacterianas; además precisa que para su diagnóstico se requiere de exámenes adicionales como la colonoscopia o recto sigmoidoscopia; y sólo si no se logra identificar el lugar del sangrado se tendría que pensar en diagnósticos diferentes como casos atípicos.
- Que en el primer momento de la atención el sangrado rectal no es masivo, no inestabiliza al paciente por lo que se solicita examen diagnóstico que se denomina *colonoscopia*, que sin embargo el paciente vuelve a presentar mayor sangrado, por lo que se le hospitalizó para estudio lo que ocurre en un segundo momento. Que en esa segunda oportunidad la colonoscopia no identifica ningún tipo de lesión ni el origen del sangrado; en consecuencia se recurre a otro examen denominado *endoscopia* de **VDA** (vías

Digestivas Altas) que tampoco localiza ni evidencia sangrado. Por lo que se solicitó tomografía de abdomen, examen que arroja como resultado la presencia de una **dilatación aneurismática** de la aorta abdominal por debajo de las arterias renales con signos de trombosis y hematoma infrarenal; que en paralelo a la evolución clínica y de diagnóstico el paciente presenta signos de inestabilidad hemodinámica.

- Que ante la gravedad de la situación se decide pasar al paciente a cirugía con pronóstico reservado; **que se identificó una anomalía que no se produce de forma frecuente y es una fístula hacia el ciego**, por lo cual el sangrado del aneurisma estaba pasando al recto, lo que produjo que el sangrado no proviniera de Vías digestivas como ocurre en el 99% de los casos, por lo que los exámenes de protocolo diagnóstico no localizaron en la vía digestiva el tipo de sangrado.
- Que el tratamiento en estos casos de **AAA** (Aneurisma de Aorta Abdominal) con inminencia de ruptura es quirúrgico sin otra alternativa.
- Que un cirujano es realizada por un cirujano general quien está capacitado para realizarla; que el entrenamiento adicional para ser calificado como cirujano vascular en el manejo de aneurismas son los abordajes de colocación de prótesis endoluminales.
- Que la mortalidad en estos casos es del 24 al 90% aun en manos expertas dependiendo del tipo de aneurisma, la localización, si hay o no disección o ruptura como en este caso.
- Que el hallazgo del aneurisma y la presencia de inestabilidad del paciente no permitían demorar la decisión de entrar a cirugía esperando un trámite de remisión y de traslado.

B) Testimonio de **JORGE HERNAN LUNA BOTERO** (anexo despacho comisorio f. 64 ss.) de su declaración se reliva:

- Que trabaja en la NUEVA EPS como Director de Acceso de Salud.
- Que sobre este caso elaboró una relación de todas las autorizaciones generadas para el paciente en la que se incluye las fechas de solicitud, las fechas de autorización, la institución y el servicio solicitado.
- Que no existió ninguna barrera de acceso por parte de la EPS en la gestión de autorizaciones; que todas las autorizaciones se dieron con una oportunidad adecuada.
- Que en la expedición de autorizaciones la NUEVA EPS tiene unos estándares iguales o mejores que los que establece la norma.

C) Declaración de **RAFAEL JOAQUIN MANJARRES GONZÁLEZ** (anexo despacho comisorio f. 62 ss.). Se destaca de su intervención lo siguiente:

- Médico general, graduado en el año 1992, con estudios en auditoria, en seguros, y seguridad social; desempeñándose en el área asistencial como administrativa; particularmente en los últimos 17 años se ha desempeñado como auditor médico.
- Señaló que la hemorragia de vías digestivas bajas es la pérdida de sangre por el recto cuyo origen se encuentra distal al ángulo de treitz, esta puede ser aguda o crónica.
- Que la sintomatología, signos evidenciados y examen realizados en principio corresponden a **HVDB** (Hemorragia de Vías Digestivas Bajas) una vez no descartado esto, se sospecha de **HVDA** para lo cual se realizó una endoscopia que no confirma

sangrado sino una gastritis y ante la persistencia del sangrado se realiza TAC donde se evidencia AAA; resalta que **en ningún momento se presentó la sintomatología clásica de aneurisma** (*dolor abdominal o de espalda, masa abdominal pulsátil e hipotensión*), por lo que el abordaje según la secuencia de signos estuvo de acuerdo con la Lex Artis.

- Que la HVDB que presentó el paciente era **atípico**.
- Que el paciente fue atendido por Cirujano general, profesional idóneo para atender el AAA y más cuando el paciente se encontraba en urgencia vital con imposibilidad de traslado por la descompensación hemodinámica que tenía. Que si no se contara con el profesional (cirujano General) si habría sido procedente el traslado.
- Que el paciente murió por una isquemia durante el procedimiento y no por este; que las estadísticas establecen que la mortalidad pre y pos operatorio de una ruptura abdominal es del 70 al 90%.

D) Declaración de **JOSÉ ANTONIO TAMARA LOPEZ** (audiencia 16 de febrero de 2017, f.627). Se destaca de su intervención lo siguiente:

- Cirujano general con experiencia de 26 años
- Que el paciente RICARDO BLANCO RAMIREZ tenía 73 años con diagnóstico de HVDB y había sido remitido de un Hospital en el Norte de Boyacá
- Que la HDVB se considera causada desde un sitio anatómico que se llama el Angulo de trietz
- Que al paciente se le ordena y realiza Colonoscopia en busca de las causas de la hemorragia; es realizada por un médico gastroenterólogo; las causas primarias de la HDVB son en orden de frecuencia: hemorroides, fisuras anales, pólipos, divertículos, mas tardíamente los tumores o las angiodisplacias. No encontrándose evidencia de causa de HDVB en el momento del estudio (min 18).
- Que dado lo anterior se continúa el estudio y se solicitó endoscopia de vías digestivas altas en busca de las causas de la hemorragia, la cual puede presentarse por una ulcera, gastritis o tumores; sin encontrar sangrado.
- Que el paciente estaba hemodinámicamente estable para esos momentos
- Que el cirujano de turno ordena estudios de extensión y se le practicó TAC encontrándose AAA (Aneurisma de Aorta Abdominal) de 4 cm infra renal por 8.3 cms en su longitud transversal y AAIC (Aneurisma de Arteria Iliaca adosada al Colon) sugiriendo una fístula y que ese era el sitio del sangrado.
- Que era una patología crónica; se trataba de un aneurisma grande; porque al ser > de 5cm requería cirugía.
- Que el Aneurisma compromete la resistencia de la pared de la arteria; abriéndose las paredes de la arteria formando coágulos o trombos entre sus capas, disecando las paredes de la aorta.
- Que la fistula es una comunicación entre órganos con diferentes tejidos, en este caso de la arteria sobre el colon.

- Que se comunicó el cirujano de Turno con la familia por inminencia de ruptura del AAA para obtener el consentimiento informado; la familia desistió del consentimiento ante la falta de Cirujano Vasculár; especialista que se dedica a las arterias y venas del organismo.
- Que ese mismo día el paciente presentó sangrado profuso por el colón; y se encuentra falleciendo por sangrado agudo.
- El paciente finalmente es llevado a cirugía en la cual participa el testigo y el DR CORREDOR con el fin de realizar resección e implante de injerto dacrón (min 26)
- Que transcurrida 1 hora de iniciado el procedimiento quirúrgico el paciente presenta cambios electrocardiográficos (infarto de miocardio); que el paciente sale de cirugía vivo y es llevado a UCI, falleciendo 6 horas después.
- Que se sabe que estos casos de Aneurisma en las mejores manos del mundo y en los mejores hospitales tienen una mortalidad del 95% a 96% cuando el aneurisma está roto o disecado.
- Que se transfundieron 3 - 4 U GRE.
- Que el Hospital San Rafael de Tunja no tiene Cirujano vascular y nunca lo ha tenido; que la diferencia entre Cirujano General y Cirujano Vasculár es el tiempo de preparación y tiene una subespecialidad de la Cirugía, siendo competencia del primero atender todo tipo de emergencia quirúrgica que se presente. (min 29-30)
- Que en estos casos el tiempo es crucial, porque un paciente que llegue con un aneurisma abdominal roto o disecante, tiene una probabilidad de morir entre un 90 o 95% que fallezca con o sin cirugía; que aunque la negativa del familiar pudo retrasar 24 o 12 horas la cirugía, la probabilidad epidemiológica que se maneja da por contado que un paciente con esta patología lo más probable es que fallezca en el término de 48 horas con o sin cirugía. (min 32)
- Que el protocolo es el indicado para este tipo de patología, y el abordaje puede ser por cirugía endovascular la cual ha reducido los niveles de mortalidad; que no obstante, la urgencia por hemorragia y el AAA señalaba que había que reseca el aneurisma para evitar el sangrado; que por lo tanto el enfoque que se dio fue el indicado. (min 34)
- Que el HSR de Tunja no tiene habilitado el servicio de cirugía vascular (min 36)
- Que la mortalidad en estos pacientes se da por una enfermedad arterial crónica generalizada; que la presenta a nivel abdominal pero tiene arterias en todo el cuerpo; que la operación de un aneurisma menor a 5 cm programada la probabilidad de sobrevivida a 5 años es del 70%-80%, cuando se opera un paciente con disección de aorta o con ruptura, la probabilidad de muerte llega casi al 100% (37-38)
- Distingue el sangrado venoso crónico y el agudo arterial con presión que es el que presenta el paciente, que conlleva a inestabilidad hemodinámico, es decir con funcionamiento rápido del corazón y en consecuencia infarto.
- Refiere la escasez de profesionales en cirugía vascular en Colombia y comenta la existencia de solo 1 en Boyacá y que en todo caso un traslado no modificaría la tasa de mortalidad. (min 44)

- Al preguntársele sobre la importancia del TAC para un paciente con síntomas o patología de HVDB y la razón por la cual no se le practicó con antelación contestó que no era el primer estudio indicado en el protocolo para los pacientes diagnosticados con HDVB, relatando previamente la realización de colonoscopia y endoscopia. También refirió que el examen de arteriografía con eritrocitos marcados con tecnecio que no la hay en Boyacá (min 48-54). Comentó luego de precisión por parte del Juzgado que el orden de realización de los exámenes fue el registrado.
 - En relación con los tiempos de realización de los exámenes comentó que para la colonoscopia era necesario hacer enemas, pero por la urgencia se ordenó que fuera sin preparación; que como no se encontró causa del sangrado, se pide endoscopia y esta es realizada sin resultados por lo cual se agotan los siguientes estudios.
 - Al insistirse en relación con la realización de exámenes en días u horas se contesta que en pacientes con HVDB el tratamiento es médico y no quirúrgico (transfusión de sangre, disminución de ingesta alimenticia y dieta líquida); además el paciente estaba estable para la endoscopia y que cuando se pasa a cirugía no puede abrir la cavidad abdominal si no sabe dónde está sangrado (min 57)
 - Que la impresión diagnóstica determina los análisis a realizar, y la misma en esta ocasión estaba enfocada a HDVB, no se sospechaba de AAA, por ello se ordena colonoscopia y endoscopia. Que la HDVB tiene 5 causas principales que ya indicó y pensar que en este caso tuviera origen en una fistula por una AAA esté en un enfoque diferente de una urgencia a no ser que tenga el antecedente de aneurisma, pues en ese caso debe enfocarse también bajo ese diagnóstico. (1:05:24)
 - Que lo que se presentó es una complicación de una patología previa y avanzada del paciente (AAA); una disección de aorta y una fistula de aorta abdominal que produce una hemorragia que el porcentaje de que una HDVB se deba a la complicación de aneurisma por fistula es de alrededor del 0.01%
 - Que no se encontró centro médico para remitir al paciente a pesar de que la EPS efectuó los trámites correspondientes (1:06:24).
- E) De la atención en GUICAN la ESE ANDRES GIRARDOT del Municipio informó no contar con HC que registre atención del señor BLANCO RAMIREZ (f.571)
- F) Copia de la Historia Clínica del señor RICARDO BLANCO RAMÍREZ sobre la atención brindada por la E.S.E. Hospital San Antonio de Soatá los días **17 y 18 de noviembre** de 2010 (f. 542 y 543), en la cual se anota lo siguiente:

“Plantilla de consulta de atención de urgencias. Fecha 17/11/2010 HORA 22:04

Motivo de la consulta y enfermedad actual: paciente con cuadro clínico de 6 horas de evolución consistente en 1 episodio de hematoquexia¹¹ abundante luego de deposición de características normales, sin otra sintomatología asociada, niega dolor abdominal, no fiebre, no diarrea.

Examen físico: T°C 36.5; FC: 70; FR: 20.00; TA: 120/82; PESO: 85; SPO2:94; ASPECTO GENERAL: PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, HIDRATADO, AFEBRIL; CABEZA: NORMAL; OJOS: NORMAL; NARIZ Y SENOS PARANASALES: NORMALES; BOCA: NORMAL; PIEL Y ANEXOS:

¹¹ Hematoquecia: paso por el recto de sangre roja rutilante, fresca y brillante mezclada con las heces o independiente de ellas; por lo general, indica que proviene de la parte distal del intestino delgado o del colon proximal. En: https://scj.com.co/precop-old/pdf/3_7.pdf “HEMORRAGIA DE VIAS DIGESTIVAS BAJAS”, LINA KARINA SALCEDO CASTILLA, MD Gastroenteróloga pediatra, Universidad El Bosque Pedagogía (Bogotá, Colombia)

NORMALES; CUELLO: NORMAL; ORAL: NORMAL; TORAX: NORMAL; ABDOMEN: ABUNDANTE PANICULO ADIPOSO, BLANDO, NO DOLOROSO, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, RUIDOS INTESTINALES NORMALES. GENITOURINARIO: TACTO RECTAL: ANO NORMOTONICO, NO SE PALPAN FISURAS, NI HEMORROIDES, NO HAY SANGRADO AL TACTO.

Impresión diagnóstica: Dx principal: **hemorragia del ano y del recto**.
Dx relacionado: **enfermedad diverticular del intestino grueso sin perforación ni absceso**.

Conducta: paciente con cuadro aislado de hematoquexia autolimitada¹², que resolvió espontáneamente, sin antecedentes medicoquirúrgicos de importancia, se decide dejar en observación para toma de paraclínicos y valoración por cirugía general.

Plantilla: Evolución médica.

Subjetivo: **18/11/2010** hora 13:20 PM Paciente remitido del Hospital de Güican por cuadro de 6 horas de evolución consistente en 1 episodio de hematoquexia abundante luego de deposición de características normales, sin otra sintomatología asociada. Niega dolor abdominal. No fiebre. No diarrea. Paciente refiere "mejoría". No volvió a presentar hematoquexia, ni melenas. Recibió dieta líquida siendo bien tolerada.

Objetivo: aceptable estado general, afebril, hidratado-ojo: pupilas isocóricas y normoreactivas a la luz, conjuntivas normocromicas, escleras anictéricas- torax: expansión pulmonar simétrica-pulmones bien ventilados, sin ruidos sobre agregados, ni signos de dificultad respiratoria-corazón: rítmico, buena intensidad, no soplos- abdomen: blando, aumento de tejido adiposo. Rs. Is. (+) No dolor, no masas, no defensa voluntaria, ni signos de irritación peritoneal-SNC: consciente, orientado, Glasgow 15/15, no déficit neurológico, fuerza y sensibilidad conservadas.

Análisis: paciente valorado por cirugía quien descarto patología quirúrgica actual, tampoco evidenció sangrado activo rectal, ordenó enemas jabonosos para determinar contenido con sangre: el inicial pintas oscuras leves y un segundo con contenido normal. Se ordenó dieta líquida siendo bien tolerada.

Cx por "mejoría" y al descartar posibles complicaciones, sin anemia importante, se da salida con formula de omeprazol 20 mgs c/12h, sucralfate 1 gr. c/8h e hidróxido de aluminio suspensión. Orden para colonoscopia ambulatoria. Recomendaciones, dieta, signos de alarma y control por consulta externa con resultados.

Resultados y ayudas diagnósticas: CH: no anemia: hematocrito 43, plaquetas y pruebas de coagulación normales.

Impresión diagnóstica: hemorragia del ano y del recto." (- destacados fuera de texto)

G) Copia de la orden de remisión de fecha **22 de noviembre de 2010** por medio de la cual la doctora RUTH CRISTINA GONZALEZ remite el señor RICARDO BLANCO RAMÍREZ al Hospital San Rafael de Tunja solicitando su hospitalización para estudio y manejo, reseñando:

"cuadro crónico de deposición líquida frecuente, actualmente **refiere cuadro de 4 días de rectorragia abundante**, inapetencia, lipotimias en tratamiento oral sin mejora, examen físico paciente en regular estado general palidez mucocutánea, taquicardia FC 110 X min oral mucosas secas C/P ruidos cardiacos taquicardiacos abdomen globoso no signos de irritación peritoneal IDX 1. Rectorragia a estudio 2. Deshidratación grado II. 3. Síndrome anémico sec."¹³

H) Copia auténtica de la historia clínica No. 3113781 del señor RICARDO BLANCO RAMIREZ en la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja, allegada al expediente tanto por la parte demandante como por la propia E.S.E. (f. 28 a 99 y 313 a 385); en la historia clínica se puede leer:

DATOS DE LA ATENCIÓN EN URGENCIAS -22/11/2010 HORA 15:41 (f. 324)

"Motivo de la consulta: "Tengo deposición con sangre".

Enfermedad actual: paciente refiere cuadro de 6 días de evolución consistente en **hematoquexia**, sin asociar ninguna otra sintomatología, acudió a centro médico de Güican de donde remiten a Soatá y dan manejo con

¹² Autolimitado: se aplica a un proceso o enfermedad que sigue un curso de curación espontáneo. En: <http://www.igb.es/diccionario/au.htm>
¹³ Folios 27 y 312.

enema según refiere el paciente, dan salida con sucralfate, omeprazol, hidróxido de aluminio, por persistencia de cuadro consulta el día de hoy a Nueva EPS de donde remiten para valoración y manejo, refiere que es la primera vez que presenta el cuadro, actualmente sintomático.

(...) T.A.120/60

Descripción: Normocéfalo, palidez mucocutánea generalizada, mucosa oral hidratada, tórax simétrico, R.C. rítmicos, sin agregados, abdomen no distendido, abundante pániculo adiposo, R.I. positivos, blando, depresible, no doloroso a la palpación, no masas, ni megalias, tacto rectal con ampolla rectal vacía, buen tono de esfínter anal, próstata aumentada de tamaño (60-80 gr), se evidencia sangrado fresco escaso, extremidades simétricas, activo, orientado, sensibilidad, tono, reflejos...

Impresión diagnóstica: **Hemorragia de vías digestivas bajas.**

Ordenes médicas:

1. Observación.
2. lactato de ringer bolo 100 cc continuar a 100 cc/h.
3. s/s cuadro hemático, BUN, creatinina, reserva de sangre 2 GRE.
4. s/s valoración por cirugía general.”¹⁴

EVOLUCIÓN MEDICA fecha 22/11/10 hora 18:40 **Valoración Cirugía General** (f. 330)

“Paciente masculino de 73 años de edad con cuadro clínico de 6 días de evolución consistente en rectorragia, astenia y adinamia, niega dolor abdominal, niega cambios en el hábito intestinal paciente consulta a Hospital de Soatá donde manejan con sucralfate, omeprazol e hidróxido de aluminio y dan salida, hoy reconsulta por persistencia de la rectorragia.

Antecedentes: patológicos: niega, quirúrgicos: artrodesis hace 2 años, tóxicos: bebe alcohol frecuentemente, familiares: niega.

RXS: alterna entre estreñimiento y diarrea.

E físico: palidez generalizada, alerta, orientado, afebril, hidratado. Con SV: FC: 107, FR. 16x', T. 36°, TA: 120/60, SATO₂: 88%, FiO₂: 21%.

C/P R.C. taquicárdicos, R.P. sin agregados. Abd: **globoso por abundante pániculo adiposo, no doloroso a la palpación, no masas, ni megalias**, R.I. (+) GLU.

Tacto rectal: estigmas de sangrado, ampolla rectal vacía.

Ext: sin edemas. Neurológico: sin déficit.

Paraclínicos: C. Hemático: leucos: 13.430, N: 80%.L: 12%, plaq: 304.00, Hb: 8.9 Hcto: 31.2 (Bun: 0.8) Bun: 166, Creatinina: 0.8, Urea 35.5.

DX: HVDB

Plan: 1. Hospitalizar por cirugía.

2. **Transfundir 2 U GRE**

3. **S/S COLONOSCOPIA**

23/11/10 Hora 15+00 NOTA TURNO

“Paciente quien presenta episodio de rectorragia leve después de procedimiento de colonoscopia, no dolor abdominal, al tacto rectal no evidencia de sangrado activo, **no se palpa masa ni hemorroides**. SV= TA 120/70, FC: 95x', FR 20x', T. 39.7 °C, Sat O₂: 77%, Paraclínicos. Hg: 9.7, Ht 29.4%.”

23/11/10 Hora 21+45 Cirugía General (f. 331)

Paciente con reporte de hemoglobina en 7.9 y Hcto en 24.2 que del ingreso tiene cuadro hemático con Hb de 8.9 y Dx de HVDB con EVDB que muestra enfermedad diverticular no complicada.

Plan: transfundir 2 U GRE

Palidez mucocutánea, astenia, adinamia.

Fc: 70x' TA: 120/70

24/11/10 7+00 Evolución Cx General

1. HVDB

S/ **Refiere sentirse mejor, disminución de sangrado...**

o/ alerta, hidratado, con SV Fc: 70, Fr. 16, TA: 110/100, mucosas húmedas... **abdomen blando depresible, no doloroso.**

Colonoscopia: enfermedad diverticular no complicada.

P. Control Hto -Hb.

¹⁴ Folio 38 a 39 y 325 a 326.

25/11/10 7+00 Evolución Cx General

Paciente 3 día Hospitalización

Dx: 1. HVDB

2. Enfermedad Diverticular no complicada

s/ refiere sentirse bien, tolerando dieta líquida, ayer deposición hematoquexia, darsis normal.

o/ **Bien estado general TA 90/50**, Fc: 80x', Fr: 20, T: 36,5°.

c/c pupilas isocóricas reactivas, mucosa oral semiseca, palidez mucocutánea-

c/p. R.C. rítmicos....

a/ estable hemodinámicamente...

Reporte Hb cHo

Hb: 8.3 Hct: 25.1

Transfundir 2UI

EVDA...

25/11/10 Gatro: se realizó endoscopia (f. 332 vto) (10:59 am f. 363)

Rx: Procedimiento sin complicaciones

25/11/10 20+15 Nota Cirugía General (f. 332 y vto)

Se atiende llamado de enfermería debido a que el paciente presenta dolor abdominal asociado a 1 episodio de diarrea con sangre roja rutilante posterior a la colonoscopia.

Al CF. SV T. 36.6°, TA: 120/70, FC: 85X', FR 20X'.

ABD. Globoso, doloroso a la palpación generalizada no SIP. RI. No masas, ni megalias.

Plan:

1. Cs// CH, PCR, US.
2. SS// RX TORAX...
3. B-B ...

25/11/10 **Hora 23+45** Nota Cirugía General (f. 332)

Se atiende llamado de enfermería debido a que el paciente persiste con dolor abdominal severo generalizado asociado a diaforesis y a episodio de rectorragia.

Al EF. SV de TA 110/70, Fc 85x', Fr. 20x', T36° St O₂90%, ...

Abd. Distendido, globoso, doloroso a la palpación generalizada, se palpa sensación de masa pulsátil de FII, no signos de irritación peritoneal.

CH con leucos 14.5, N 83.4%, Hb 9.8, Hto 29.8, Pbq 239.

IDX: 1. Perforación sigmoides vs aneurisma de I/AS.

Plan: 1. Ss// TAC ABD contrastado...

2. Dipirona 2g cada 6h.
2. Transfundir 3 U GRE
3. Nueva valoración con resultados.

26/11/10 Hora 02+00 Nota Cirugía General (f. 332 vto)

Reporte de TAC: aneurisma aorto abdominal infrarrenal con extensión a vasos ilíacos de predominio izquierdo, con signos de aparente ruptura reciente...

26/11/10 Hora 2+13 nota de cirugía general

Se confirma con el Dr. Supelano médico de turno de la UCI-A del HSRT la disponibilidad de una cama en UCI por lo cual se pasó turno para reemplazo aorto-iliaco de urgencia.

Plan: 1. Remisión a UCI-A

2. Reserva de G U plasma

3. Se decide pasar a Cx de urgencia.

26/11/10 Hora 3+00

Familiar solicita explícitamente la remisión a Cx Vasculuar. Se explica los riesgos y beneficios de esta conducta.

Plan: 1. Se inician trámites de remisión a Cx Vasculuar.

A folio 316 aparece como respaldo acta de disentimiento informado suscrito por YAKELINE MORA

26/11/10 Hora 7+00

Evolución Cx General

Paciente 4 día hospitalización.

Dx: 1. HVD

2. AAA

S/ Refiere leve dolor abdominal, deposición hematoquexia diuresis normal.

o/ aceptable estado general TA 120/60, FC: 80X', FR: 20X', T.37°C.

C/C pupilas isocóricas reactivas, mucosa oral húmeda, palidez mucocutánea.

c/p. r.c. rítmicos, sin soplos, R.P. sin agregados.

Abd. Leve dolor a la palpación en la masa aortica, no irritación peritoneal.

Ext: sin edemas..

A/ estable hemodinamicamente, no SIRS. P. Remisión Cx Vasculat.

Reporte TAC Abdominal. Aneurisma aorto-iliaco de las características descritas. Hallazgos sugestivos de hematoma intramural en arteria iliaca común izquierda con signos de ruptura y pequeño hematoma periaórtico adyacente. Severa hidroureteronefrosis izquierda obstructiva secundaria.

26/11/10 Hora 8+00

Se habla con familiar y se explica al paciente.

Se continúa con remisión a centro de cirugía vascular.

26/11/10 Hora 21+20 (f. 335)

Registro intraoperario anestesiólogo.

21+31 desclameo, 21+32 clameo, 21+33 desclameo, 21+34 clameo, 21+42 desclameo, 21+43 clameo, 21+41 actividad eléctrica sin pulso. Se aplica 1 mg de epinefrina se inicia reanimación con masaje cardiaco. 21+45 se continúa cirugía por obtener nuevamente pulso. 21+46 desclameo, 21+47 clameo, se forman gases arteriales al final de la cirugía. T. 34°.

Se lleva a UCI...

26/11/10 Hora 22+00 Nota de Terapia respiratoria. (f. 338 vto)

Ingres a paciente masculino de 73 años de edad con Dx. Shock Hipovolemico hemorrágico- aneurisma de aorta abdominal roto-POP de laparatomía+ colocación de injerto aorto bifemoral. Paciente en malas condiciones generales, intubado con TOT No. 8.5 fijo en 24 cvm. Se conecta a VM en ALE.

EPICRISIS UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO-Fecha de ingreso 27 de noviembre de 2010 (f. 317)

“Paciente de 73 años quien ingresó por el servicio de urgencias el día 23 de noviembre por cuadro Clínico de 6 días de evolución consistente en hematoquexia, se hospitaliza por el servicio de cirugía con IDX de hemorragia de vías digestivas bajas, se le realizó colonoscopia que reporta enfermedad diverticular no complicada, además se le realizó endoscopia en vías digestivas altas que reporta; pangastritis crónica atrófica multifocal, tiene reporte de colonoscopia que reporta fistula iliaocentérica”.

Paciente con evolución tórpida con presencia de dolor abdominal asociado a signos de bajo gasto anemia, se le realizó TAC abdominal contrastado que reporta;

“aneurisma aorto-iliaco infrarenal 3 cms por debajo del origen de las arteria renales, presencia de trombo mural adherido a su pared posterior. Hematoma intramural en arteria iliaca común izquierda con signo de ruptura y pequeño hematoma periaórtico adyacente severa hidroureteronefrosis izquierda obstructiva secundaria.”

El paciente con evolución tórpida en el día de hoy fue llevado a cirugía realizan laparotomía exploratoria + injerto de aorta abdominal aortobifemoral. Durante el acto quirúrgico el paciente presentó actividad eléctrica sin pulso requiriendo RCCP, soporte vasoactivo con norepinefrina, dopamina, se le transfundieron 5 unidades de GRE compatibles, cambios EKG compatibles con isquemia miocárdica. Ingres a UCI en malas condiciones generales, triado por anestesiólogo con soporte cardiovascular y vasoactivo.

(...)

Bajo efecto de sedación anestésica.

Palidez mucutanea marcada.
 Mala perfusión generalizada, con pulsos débiles.
 Pupilas medias no reactivas.
 Tubo rotraqueal permeable.
 Torax, expansibilidad simétrica, no sdr.
 Rscs, arrítmicos taquicardiacos, no soplos.
 Rrsr, roncus y movilización de secreciones.
 Abdomen, distendido con presencia de vendajes con sangrado moderado. Miembros, mal llenado capilar, sin pulsos; pedio, poplíteos, femorales.
 Neurológico, no valorable por sedación.

IDX/

1. Choque hipovolémico hemorrágico.
2. Aneurisma de aorta abdominal roto.
3. POP de laparotomía+ colocación de injerto aorto-bifemoral.
4. S, anémico secundario.
5. Fistula iliacoentérica.
6. Enfermedad diverticular no complicada.

Se continúa manejo con cristaloides hasta optimizar el volumen intravascular con lactato de ringer, transfundir 3 unidades de GRE, 10 unidades de plasma, gluconato de calcio, soporte cardiovascular con norepinefrina, vasopresina, SSN AL 3%.

Control de pia.

Se le informa a los familiares la condición y mal pronóstico del paciente.
 Gases arteriales con academia metabólica severa, se le adiciona bicarbonato de sodio.

27 de noviembre 1 AM.

Paciente con evolución tórpida con alto requerimiento de soporte cardiovascular con norepinefrina, vasopresina, cristaloides, glóbulos rojos compatibles, plasma fresco, con persistencia del estado de choque, por lo tanto se decide continuar cristaloides a 500 CC HORA, norpeinfrina a 2 mcg/k/min, vasopresina 2 unidades horas, bicarbonato de sodio 200 MEQ.

Pronóstico reservado.

Se le explica a los familiares sobre la condición y sobre pronóstico del paciente.

27 de noviembre.

2 AM.

El paciente presenta asistolia se realizan maniobras de RCCP por 30 minutos sin respuesta el paciente fallece.

Se le informa a los familiares.

DIAGNOSTIVO DE EGRESO.

1. **Choque hipovolémico.**
2. **Aneurisma de aorta abdominal roto.**
3. **POP de colocación de injerto aorto-bifemoral.**
4. **S anémico secundario.**¹⁵

- H. Copia de los resultados del examen de COLONOSCOPIA realizado el día 23 de noviembre de 2010 al señor RICARDO BLANCO RAMIREZ a las 11:19 AM, teniendo como impresión diagnóstica: ENFERMEDAD DIVERTICULAR NO COMPLICADA. (f. 78 y 364).
- I. Copia de los resultados del examen de ENDOSCOPIA realizado el día 25 de noviembre de 2010 al señor RICARDO BLANCO RAMIREZ a las 10:59 AM, teniendo como diagnóstico: PANGASTRITIS CRÓNICA ATRÓFICA MULTIFOCAL. (f. 77 y 363).
- J. Copia de los resultados del examen de TAC DE ABDOMEN TOTAL CONTRASTADO realizado el día 26 de noviembre de 2010 al señor RICARDO BLANCO RAMIREZ, teniendo como su principal hallazgo:

"se visualiza dilatación aneurismática de la aorta abdominal infra-renal 3 cm por debajo del origen de las arterias renales con diámetro AP de 86 mm y diámetro transversal de 82 mm, el cual se extiende hasta la bifurcación. Presenta una imagen de trombo mural adherido a su pared posterior.

¹⁵ Folios 31 a 33 y 317 a 319.

Dilataciones aneurismáticas de arterias iliacas comunes, la derecha con diámetros mayores de 35 x 30 mm y la izquierda con diámetros mayores de 56 x 55 mm, esta última presenta irregularidad de su luz con imagen de colección ligeramente hiperdensa a su alrededor sospechosa de corresponder con hematoma intramural, además se identifica discreta irregularidad de su pared anterior **sugestiva de corresponder con ruptura con estriación** de la grasa mesentérica adyacente en probable relación con hematoma periaortico. No se identifica hematoma retroperitoneal." (...) "ANEURISMA AORTO-ILIACO DE LAS CARACTERISTICAS DESCRITAS, HALLAZGOS SUGESTIVOS DE HEMATOMA INTRAMURAL EN ARTERIA ILIACA COMUN IZQUIERDA CON SIGNOS DE RUPTURA Y PEQUEÑO HEMATOMA PERIAORTICO ADYACENTE, SEVERA, HIDROURETERONEFROSIS IZQUIERDA OBSTRUCTIVA SECUNDARIA" (f. 82 y 368).

- K. Copia de los resultados del examen de COLONOSCOPIA realizado el día 26 de noviembre de 2010 al señor RICARDO BLANCO RAMIREZ a las 6:30 PM, teniendo como impresión diagnóstica: FÍSTULA ILIACOENTÉRICA? . (f. 79 y 365).

4.6. EL CASO CONCRETO / ELEMENTOS DE LA RESPONSABILIDAD DEL ESTADO

De acuerdo con el material probatorio obrante en el plenario, el Despacho entrará a determinar si se encuentran acreditados los elementos que estructuran la responsabilidad del Estado.

4.6.1. EL DAÑO

El daño constituye desde la óptica de los hechos un fenómeno de orden físico, esto es, la aminoración o alteración de una situación favorable de la persona (elemento material); cuya calificación antijurídica depende de su oposición directa con el ordenamiento jurídico, en la medida en que éste no imponga la obligación de soportar la carga dañosa (elemento formal)¹⁶.

En el caso bajo estudio, el daño alegado por la parte actora consiste en el **fallecimiento** del señor RICARDO BLANCO RAMÍREZ. Este hecho se encuentra plenamente demostrados con el registro civil de defunción (visible a folio 14 C. P.), no obstante, el carácter antijurídico del daño¹⁷ no se extrae del solo acontecimiento del deceso, habida consideración que ha de analizarse en el caso sub lite, la causa del mismo en el marco de la idoneidad y eficiencia del servicio, de cara a los restantes elementos de la estructura general de la responsabilidad que pasan a analizarse.

En todo caso debe anunciarse desde ahora, que la parte actora acierta en su escrito de alegatos al señalar que en este caso, deberá hacerse valoración de la **pérdida del chance o de la oportunidad** y en tal virtud, el daño que se ha identificado en este asunto, deberá ser materia de una revisión más profunda al momento de examinar el nexo causal; ocasión en la cual se ahondará en la materia.

4.6.2. LA FALLA DEL SERVICIO.

En este apartado y tal como se anunció ut supra, se hará examen de los cargos para falla del servicio que se han enrostrado a las entidades demandadas.

DIAGNÓSTICO TARDÍO DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL (AAA).

Innegablemente las apreciaciones que califica la parte demandante como irregulares y que pueden subsumirse bajo esta acusación general son achacadas a la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA, ya que el apoderado en su escrito introductorio precisa que el hecho dañoso

¹⁶ Adriano de Cupis, El Daño, Teoría General de la Responsabilidad Civil. Traducción de la 2ª Edición italiana. Barcelona, Bosch, 1975, p. 84.

¹⁷ La antijuridicidad del daño depende de si tanto los demandantes como el occiso estaban en la obligación de soportarlo.

se desprende de los sucesos acaecidos a **partir del día 22 de noviembre de 2010**; fecha desde la cual el paciente fue atendido por área de urgencias de ese centro hospitalario.

Se recuerda en particular que la inconformidad de la parte actora gravita en lo medular en que solamente al 4º día de hospitalización se descubrió el AAA, estimando el hallazgo como tardío; se duele entonces de la demora en la realización de la Tomografía Axial Computarizada (TAC), pues fue éste el examen que detectó la presencia del Aneurisma. También se queja que el protocolo dado a la patología del señor RICARDO BLANCO no fue el adecuado.

Lo primero que habrá de manifestarse es la ausencia de prueba técnica especializada en el tema puesto a estudio (cardiovascular), lo cual obedece a que no obstante ser solicitada la pericial por todos los sujetos procesales, desistieron de la misma en diligencia de 16 de febrero de 2017 (f. 624). No obstante, el Juzgado realizó una revisión en la literatura médica sobre las patologías que fueron descritas en la Historia Clínica del señor RICARDO BLANCO RAMÍREZ, referentes a Hemorragia de Vías Digestivas Bajas (HVDB), Aneurisma de Aorta Abdominal (AAA), Aneurisma de Aterías Iliacas (AAI), y Fístula Iliaco-Entérica como lo permite la Jurisprudencia¹⁸.

Así entonces, de acuerdo con la literatura médica consultada respecto a la HVDB, se encuentra lo siguiente en la *"Guía para Manejo de Urgencias"* elaborada por el Ministerio de la Protección Social para el año 2009:

"La hemorragia aguda de las vías digestivas bajas (HVDB) es el sangrado que se origina en algún lugar del tracto intestinal distal al ligamento de Treitz, y que para ser clínicamente aparente debe ocurrir a una rata mayor o igual a 30 ml/h, que produce anemia, inestabilidad hemodinámica y/o la necesidad de transfusión sanguínea. La hemorragia puede ser oculta, lenta, moderada o severa. Para calificar como aguda, su tiempo de evolución debe ser menor de 72 horas.

GENERALIDADES

La hemorragia aguda de vías digestivas bajas (HVDB) constituye un reto diagnóstico y terapéutico tanto para el internista como para el cirujano, por lo cual es perentoria una evaluación multidisciplinaria, eficiente y ordenada. La prioridad inicial es la estabilización hemodinámica y general del paciente, y un proceso diagnóstico lógico para cada caso particular que lleve a un tratamiento individualizado.

La HVDB tiende a ser autolimitada en 80 a 90% de los casos; sin embargo, recidiva¹⁹ en 10 y 25% de los pacientes. En el Reino Unido, 8% de las admisiones hospitalarias se deben a hemorragia gastrointestinal y es la causa de muerte en 6.000 pacientes al año. Representa 500 a 1.200 admisiones por cada millón de habitantes. En los Estados Unidos, el estudio de Vernava y colaboradores mostró que la HVDB representa el 0,7% de las admisiones hospitalarias en un Centro Médico de Veteranos. A pesar de los avances en los métodos diagnósticos durante los últimos 20 años, en 8 y 12% de los pacientes con HVDB no es posible identificar el origen del sangrado.

INCIDENCIA

La HVDB aguda es más frecuente en los pacientes mayores de 50 años. En el grupo de pacientes ancianos (>65 años) la **tasa de mortalidad en casos de hemorragia masiva es 10 a 15%.**

DEFINICIONES GENERALES

Hematoquezia: es la evacuación rectal de sangre roja fresca o de color marrón. En 11 y 20% de los pacientes con hemorragia de vías digestivas altas (HVDA), este puede ser el síntoma principal porque el tiempo de tránsito intestinal es rápido, menor de tres horas, o bien porque existe una alta rata de sangrado.

¹⁸ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 1 de octubre de 2008, exp. 27.268: *"Dado lo anterior, es necesario abordar el análisis y valoración de las pruebas que obran en el proceso, con fundamento en la literatura médica acreditada sobre la materia, actividad a la que puede recurrir el juez con miras a ilustrarse sobre conceptos técnico - científicos que, en principio, son decisivos para poder hacer una justa ponderación sobre los elementos de convicción que reposan en el plenario y, de esta forma, llegar a la certeza acerca de si la imputación fáctica y la falta del servicio alegadas en la demanda se encuentran probadas"*

¹⁹ Repetida (significado no incluido en texto original)

Melena: evacuación de material negro, fétido. Resulta de la degradación bacteriana de la hemoglobina de la sangre estancada en la luz intestinal. Usualmente se asocia con la HVDA, pero en pacientes con tránsito colónico lento, un sangrado de colon proximal puede presentarse como melena.

ETIOLOGÍA

En las edades avanzadas, después de los 65 años, la enfermedad diverticular del colon es la causa más frecuente y representa entre el 30 y el 40% de los casos. El riesgo estimado de sangrado en pacientes con enfermedad diverticular es de 4 y 48%, y en promedio es de 17% (Santos y col., 1988). El sangrado digestivo bajo es la causa de admisión en el 23% de los pacientes que consultan por enfermedad diverticular complicada (John y col., 2007). En 80% de los pacientes con HVDB secundaria a enfermedad diverticular, el sangrado se autolimita y cesa espontáneamente. Sin embargo, luego de un primer episodio de sangrado el riesgo de resangrado es de 25%, y luego de un segundo episodio es de 50%.

Las malformaciones arteriovenosas son la segunda causa de HVDB; incluyen las ectasias vasculares, la angiodisplasia y los angiomas. La colitis puede ser la causa de sangrado en el 9-21% de los casos. Incluye la colitis isquémica, las infecciosas, la enfermedad inflamatoria intestinal y la proctitis postirradiación. Las neoplasias del colon y el sangrado pospolipectomía representan 11 a 14% de los casos.

Entre 11 y 13% de los pacientes que consultan por HVDB, el sangrado es de origen anal o rectal bajo. En el grupo de patologías ubicadas en esta región, se incluyen las hemorroides internas, la fisura anal, las fistulas anales, las várices rectales y el síndrome de la úlcera rectal solitaria.

En aproximadamente 10 y 15% de los pacientes con sangrado rectal activo, el sitio de sangrado se localiza proximal al ligamento de Treitz. Por lo tanto, **es obligatorio descartar esta posibilidad mediante endoscopia de vías digestivas altas.** La colocación de una sonda nasogástrica y la aspiración gástrica son un método poco fidedigno para descartar esta posibilidad, por lo que preferimos la confirmación endoscópica.

En 3 y 5% de los casos la HVDB se origina en el intestino delgado. Su evaluación es muy difícil. La causa más frecuente son las malformaciones arteriovenosas, el divertículo de Meckel con mucosa gástrica ectópica ulcerada y las neoplasias (leiomiomas, leiomiomasarcomas, linfomas, etc.). En el paciente con trauma abdominal se debe descartar la probabilidad de hematomía.

DIAGNÓSTICO

En el paciente con HVDB que consulta en forma aguda al servicio de urgencias, **la primera prioridad es establecer el estado hemodinámico.** Cuando es evidente que el paciente presenta una hemorragia activa, se debe instaurar de inmediato la resucitación siguiendo el ABC, protegiendo la vía aérea, asegurando la ventilación y estableciendo dos líneas venosas calibre 14 ó 16 para iniciar la infusión de cristaloides (Lactato de Ringer, solución salina normal).

Se toman muestras de sangre para determinaciones de laboratorio (incluyendo hemoclasificación) y reserva de glóbulos rojos: hematocrito, hemoglobina (recordar que su valor puede no revelar el grado de pérdida de volumen sanguíneo debido a hemoconcentración y puede disminuir significativamente luego de la hidratación); creatinina y nitrógeno uréico en sangre: electrolitos séricos; glicemia; pruebas de coagulación, incluido un tiempo de sangría.

En los pacientes de más de 50 años, o con factores de riesgo cardiovascular, se debe practicar un electrocardiograma. Se debe colocar una sonda vesical y llevar el paciente a monitoria si su estado hemodinámico o condición general lo requieren.

El descenso de la tensión arterial en 10 mm de Hg o el aumento de la frecuencia cardiaca en 10 pulsaciones por minuto al cambiar de la posición de decúbito supino a sentado indica una pérdida de aproximadamente 15% del volumen sanguíneo circulante; una taquicardia marcada con taquipnea, asociada a hipotensión y alteración del estado mental indica una pérdida sanguínea de más de 1.500 cm³ (30% del volumen circulante).

Mientras todas las medidas anteriores se llevan a cabo, se debe completar una excelente anamnesis, incluyendo el tiempo de evolución y la duración del sangrado, los síntomas asociados como dolor abdominal, cambios en el hábito intestinal, fiebre, urgencia y tenesmo y pérdida de peso, los antecedentes familiares y personales de sangrado digestivo, enfermedad ulcerosa, consumo de aspirina o de antiinflamatorios no esteroideos, uso de anticoagulantes, coagulopatía, hepatopatías, diverticulosis, neoplasias, irradiación, enfermedad inflamatoria intestinal, cirugía anal y malformaciones arteriovenosas.

Determinación del sitio de sangrado: el examen físico debe ser completo y debe incluir una evaluación integral para descartar síndromes que cursan con malformaciones arteriovenosas (por ejemplo, el síndrome de Osler Weber Rendu que cursa con telangiectasias).

Se debe practicar un examen proctológico completo: inspección, tacto rectal, anoscopia y rectosigmoidoscopia rígida. En 11% de los pacientes en quienes se pensó que el origen del sangrado intestinal era bajo se encontró que era de origen alto; por lo tanto, en la mayoría de los casos se debe practicar una endoscopia de vías digestivas alta. La utilización de la sonda nasogástrica como método diagnóstico en estos casos es muy controvertida,

Para establecer la causa de la HVDB se utilizan otros métodos diagnósticos, entre los cuales se incluyen la colonoscopia diagnóstica, la arteriografía selectiva y la gammagrafía o escintigrafía con glóbulos rojos marcados. La colonoscopia es el método diagnóstico de elección en el paciente hemodinámicamente estable con sangrado activo, pero de baja intensidad, o bien en aquellos pacientes en quienes el sangrado se ha detenido; se prepara el paciente de manera convencional, con soluciones como la fosfosoda (Fleet®) (pacientes menores de 65 años, no evidencia de insuficiencia renal) o bien soluciones con polietilenglicol (Nuletey®, Colite®), por vía oral o por sonda nasogástrica. Estas preparaciones permiten una excelente limpieza del colon en un tiempo promedio de 2 a 4 horas. En los pacientes en que el sangrado es todavía importante, pero hemodinámicamente permanecen estables, la colonoscopia puede practicarse sin preparación previa o bien previa colocación de enemas, y con este procedimiento se puede identificar la causa en 74 y 85% de los casos. Una de las ventajas de la colonoscopia es que puede ser terapéutica mediante el uso de la coagulación endoscópica por diversos métodos.

En el paciente hemodinámicamente inestable, que ingresa en shock hipovolémico con sangrado activo, el examen de elección es la arteriografía selectiva, que permite la identificación del sangrado cuando la hemorragia ocurre a una rata mayor o igual a 0,5 ml/min. La sensibilidad de la arteriografía se encuentre entre 40% y 86%, con una morbilidad de 2%. Los falsos negativos pueden ser secundarios a una hemorragia intermitente que puede ser el resultado de un vasoespasmio arterial y coagulación intermitente. En estos casos se puede inyectar papaverina para producir un efecto vasodilatador que reproduzca la hemorragia y facilite la determinación del sitio de sangrado. La arteriografía se practica por vía femoral, iniciando el procedimiento con una arteriografía selectiva de la arteria mesentérica superior. Si no se encuentra el sitio de sangrado, se cateteriza la mesentérica inferior, y si esta a su vez es negativa, se debe explorar el tronco celiaco. En situaciones de emergencia la arteriografía es positiva en 87% de los casos.

Recientemente (2006) se viene utilizando la tomografía axial computadorizada helicoidal multicorte en fase arterial, mediante la inyección de medio de contraste en pacientes con sangrado masivo que han requerido transfusión de más de 4 unidades de glóbulos rojos o que han presentado hipotensión arterial, previa resucitación. Los resultados son positivos en más 90% para localizar y detectar el sitio de sangrado.

La escintigrafía (gammagrafía) con TC99m es un método no invasor que ayuda a localizar el área de sangrado según la concentración del radiomarcador en uno de los cuadrantes del abdomen. Es un examen muy sensible que detecta hemorragia de baja rata (0,05 a 0,1 ml/min).

(...)

La decisión quirúrgica, sin embargo, no puede basarse únicamente en los hallazgos de la escintigrafía, excepto en casos muy especiales. Se debe complementar con una arteriografía selectiva. Si a pesar de los métodos arteriográficos el origen exacto del sangrado no se puede establecer y el paciente persiste con sangrado o reaparece, se debe considerar la necesidad de cirugía. En los paciente jóvenes (<40 años) se debe evaluar mediante escintigrafía con Tc99 pernactato la posibilidad de mucosa gástrica ectópica con ulceración y sangrado a partir de un divertículo de Meckel (sensibilidad del 85-95%).

El uso del enema de bario está absolutamente contraindicado....- destacados fuera de texto-²⁰.

Respecto al AAA (Aneurisma de Aorta Abdominal) existe en Colombia la *"Guía de Diagnóstico y Tratamiento del Aneurisma de Aorta Abdominal Infrarenal"* elaborado por la Asociación Colombiana de Angiología y Cirugía Vasculare para el año 2009, y del cual se extrae lo siguiente:

"DEFINICIÓN:

"Se denomina aneurisma de la aorta abdominal a la dilatación segmentaria de la aorta infrarenal y está determinada directamente por el diámetro mayor de la aorta. La medición del diámetro mayor se puede realizar tomando una medida perpendicular al eje del vaso o registrando el diámetro antero posterior mayor en una imagen estática.

La mayoría de estudios de tamizaje validan sus resultados basados en el diámetro mayor antero posterior (2). Existen varios estudios que muestran variaciones en el diámetro mayor de la aorta infrarenal sana, respecto a superficie corporal, raza y sexo del paciente Tabla No1.

²⁰ Guía para Manejo de Urgencias TOMO II, Grupo de Atención de Emergencias y Desastres 2009. Ministerio de la Protección Social. Páginas 237 a 243. También se puede consultar Manual de Urgencias Quirúrgicas 5ª Edición-Octubre de 2016. Hospital Universitario Ramón y Cajal. País España. Páginas 221 a 226. También en e: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Gu%C3%ADa%20para%20manejo%20de%20urgencias%20tomo%20II.pdf>

(...)

Estos estudios concuerdan en reportar que un diámetro de 2.7cm se ubica en el percentil 95 en aortas sanas de pacientes entre 65 y 83 años de edad. Un diámetro de 2.9cms excede los límites normales independientemente de superficie corporal, edad o sexo del paciente. **Por lo anterior un diámetro antero-posterior mayor o igual a 3cms se considera aneurisma de aorta infrarrenal.**

(...)

ETIOLOGÍA

La formación de AAA **es una patología multifactorial** donde participan factores de orden bioquímico, metabólico, físicos, hereditarios, etc. La mayoría de estos factores influyen directamente en la estructura de la pared aórtica causando una degeneración en la túnica media.

3.4.2.1. Factores bioquímicos

Un hallazgo histológico constante en la pared de la aorta en los AAA es la destrucción de la capa media y pérdida de la arquitectura de las fibras de colágeno las cuales son reemplazadas por matriz extracelular. Este tejido es poco elástico y débil situación que lleva a dilatación progresiva de la pared.

En varios estudios se ha documentado un aumento en la actividad proteolítica mediada por elastasas y metaloproteinasas (MMP-2), así como también de la actividad de los macrófagos y citoquinas ingredientes que sugieren un componente inflamatorio de la enfermedad. **Existe una fuerte asociación entre AAA y la presencia de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) la cual ha sido atribuida a la degradación de la elastina producida por el tabaco**

La velocidad de crecimiento de los aneurismas infrarrenales es igual en pacientes con EPOC tratados con broncodilatadores solamente, cuando se compara con aquellos que no tienen EPOC; sin embargo se duplica en aquellos pacientes con EPOC manejados con uso crónico de esteroides....

3.4.2.2. Factores hereditarios

Existe una **predisposición genética en la frecuencia de aparición de AAA demostrada de formas diversas en estudios publicados** (12). En una serie analizando un grupo de pacientes con AAA rotos, se realizó tamizaje a los hijos de los pacientes, **documentando crecimiento de la aorta hasta 3cms en el 21% de los varones mayores de 45 años y en el 4% de las mujeres mayores de 42 años. Se ha encontrado una incidencia de AAA en parientes de primer grado de consanguinidad del 15 al 18%**

Se sugiere la presencia de un gen dominante responsable sin embargo no se ha identificado todavía. El riesgo relativo en varones de primer grado de consanguinidad es de 2 a 4 veces mayor que la población general. La velocidad de crecimiento en aneurismas familiares es similar que en los no familiares, sin embargo la enfermedad tiende a presentarse en edades más tempranas.

3.4.2.3. Factores congénitos

Múltiples enfermedades congénitas se asocian con la presencia de aneurismas de la aorta abdominal y torácica, la mayoría de ellas causan degeneración quística de la túnica media. Esta alteración histológica causa degeneración de las fibras elásticas, necrosis del músculo y aparición de cavidades quísticas ocupadas por material mucoide.

Estos hallazgos son típicos del **Síndrome de Marfán**, el cual es autosómico dominante, causado por una alteración en el brazo corto del cromosoma 15, este es el encargado de la síntesis de una enzima llamada fibrilina Tipo I la cual se encarga de dar orientación a las fibras de elastina en la aorta en formación.

La mayoría de estos pacientes se presentan con aneurismas de la aorta ascendente y cerca del 11% con disección aguda de la aorta. Otras enfermedades congénitas como el síndrome de Ehlers-Danlos y el síndrome de riñones poliquísticos se asocian a la presencia de aneurismas de la aorta.

3.4.2.4. Aneurismas inflamatorios

Los hallazgos histológicos de inflamación crónica dados por acúmulo de macrófagos, polimorfonucleares y engrosamiento de las paredes de la aorta son constantes en la mayoría de los aneurismas infrarrenales. Sin embargo hay un pequeño porcentaje de pacientes 4 a 6%, que presentan un cuadro inflamatorio severo caracterizado por marcado engrosamiento de la pared acompañado de una fibrosis brillante blanquecina peri aórtica y adherencias densas a las demás estructuras del abdomen y del retroperitoneo.

La presentación clínica de estos pacientes se caracteriza por una triada consistente en dolor abdominal, pérdida de peso y aumento de la velocidad de sedimentación globular. En la actualidad no se ha encontrado una causa directa de esta reacción inflamatoria sin embargo en estos pacientes se ha encontrado un gran compromiso arteriosclerótico de otras arterias del organismo.

3.4.2.5. Aneurismas infecciosos

Existen dos mecanismos que explican la presencia de aneurismas infecciosos: la primera es la siembra directa de un microorganismo en la pared de la aorta o en una placa ateromatosa y la segunda es la siembra hematogena de un microorganismo en un aneurisma preexistente.

(...)

3.4.3. PREVALENCIA

Establecer la prevalencia de esta enfermedad es difícil debido a la gran cantidad de individuos mayores de 65 años de edad que mueren de diversas causas y no se les realiza autopsia de rutina. **En Colombia no hay estudios representativos que permitan establecer esta prevalencia y por lo tanto es indispensable remitirnos a las publicaciones extranjeras.**

Esta enfermedad es más frecuente en individuos mayores de edad, de sexo masculino, con antecedente familiar de aneurismas y fumadores. La mayoría de estudios de prevalencia han sido realizados en Norte América y Europa en poblaciones de pacientes de raza blanca y caucásica. En estos grupos **se encontró una incidencia de aneurismas entre 2.9cm y 4.9cms de 1.3% en hombres de 45 a 54 años la cual asciende al 12.5% en mayores de 75 años.** En mujeres la incidencia es menor siendo del 0% al 5% respectivamente.

3.4.4. Historia natural y riesgo de ruptura.

Las alteraciones en el flujo laminar de la aorta sana causadas por la dilatación aneurismática producen varios efectos clínicos. En primer lugar el flujo se hace lento cerca a la pared de la aorta lo cual causa depósitos de fibrina y formación de trombo mural. Estos trombos tienden a organizarse sin embargo pueden ocasionar embolismo distal en algunos pacientes. A medida que se dilata la aorta puede comprimir estructuras vecinas produciendo síntomas en el paciente de acuerdo al órgano comprometido. (...)

La aorta al dilatarse se hace más débil lo cual lleva a la dilatación progresiva y ruptura, la cual puede ocurrir en cualquier momento, sin embargo hay ciertos factores identificados asociados a alta incidencia de ruptura como la EPOC y/o fumadores activos, sexo femenino e hipertensión. El diámetro mayor de la aorta como factor individual es el de mayor valor predictor y por lo tanto el más estudiado.

En estudios bien conducidos se ha podido establecer la **rata de crecimiento de los aneurismas**, encontrando que **aneurismas pequeños, menores de 4cms crecen lentamente a razón de 1 a 2mm por año.** Aquellos con **diámetros de 4 a 5.5cms tienen un crecimiento de 3.2 Mm. por año y los mayores de 6cms 7.5 Mm. por año.** Cuando se analiza el riesgo de ruptura relacionado al diámetro mayor es muy importante tener en cuenta que los estudios publicados reportan seguimiento de las cohortes de pacientes muy variables. Si bien la velocidad de crecimiento está reportada en milímetros/año, el riesgo de ruptura está reportado como posibilidad de una eventual ruptura en los años de seguimiento del estudio. De estos estudios publicados se puede concluir que **la eventual ruptura de aneurismas menores de 4cms es anecdótica** y se estima menor al 0.3%. Aneurismas de 4 a 5.5 cm. de diámetro oscila entre el 0.6% y el 3.2% en un periodo de 4.7 años de seguimiento. Para aneurismas de 5 a 6 cm. es del 20% en el mismo periodo de seguimiento lo que representa un riesgo anual del 4%. **Aneurismas de 6 a 7 cm., el riesgo eventual es del 40% y anual del 7%. Aneurismas demás de 7cms tienen un riesgo del 50% eventual y 20% anual.**

(...)

DIAGNOSTICO

La gran mayoría de **los aneurismas de aorta infrarrenal son asintomáticos y se detectan durante el examen físico de rutina o como hallazgo incidental en ecografías o tomografías computarizadas de abdomen realizadas en el estudio de otros órganos (38).** **Los síntomas generalmente se presentan cuando aparecen las complicaciones expansión rápida, embolismo y ruptura.**

En aneurismas intactos puede existir dolor abdominal de baja intensidad, constante y localizado en la parte media del abdomen y hacia la región lumbar. **El dolor se hace más intenso en aneurismas inflamatorios o en casos de ruptura inminente. La ruptura está asociada a un episodio súbito de dolor abdominal asociado a hipotensión, en ocasiones puede ser evidente la masa pulsátil en el abdomen.**

Esta triada de dolor abdominal, masa palpable e hipotensión solo se presenta en una tercera parte de los pacientes con aneurismas rotos. En los restantes los síntomas y signos clínicos pueden ser muy bizarros y retardar el diagnóstico; algunos aneurismas rotos contenidos pueden producir dolor irradiado a la región inguinal o glútea y acompañarse de equimosis en flancos (signo de Grey-Turner).

5.2.1. Examen físico

La palpación del abdomen es tal vez la única herramienta con que cuenta el examinador para realmente detectar el aneurisma infrarrenal, la sensibilidad y especificidad de esta palpación dependen de muchos factores. Lederle y cols., recolectan la información procedente de 13 diferentes

estudios demostrando que la palpación abdominal tiene mayor sensibilidad a medida que aumenta el diámetro de la aorta, siendo del 29% para AAA de 3.0 a 3.9cms, 50% para AAA de 4.0 a 4.9 y del 76% para mayores de 5.0 cm., este estudio sugiere alguna limitación en pacientes obesos sin lograr categorizarla en forma definitiva .

Es incorrecto asumir que el no palpar la masa abdominal pulsátil descarta la presencia de aneurisma de aorta abdominal así mismo es igualmente incorrecto afirmar que palpar el abdomen en un paciente con diagnóstico de aneurisma de aorta pueda precipitar una ruptura.

En conclusión la mayoría de los aneurismas infrarrenales palpables son suficientemente grandes como para ser referidos a cirugía o a estudios complementarios, los aneurismas no palpables deben ser diagnosticados por imágenes siempre que se sospechen especialmente en pacientes de alto riesgo.

5.2.2. Radiografía simple de abdomen

No es un estudio considerado hoy día como parte del diagnóstico de los aneurismas infrarrenales pero cerca del 15% de los aneurismas hallados incidentalmente se diagnostican en la radiografía simple de abdomen. Se observa un contorno calcificado en la región lumbar y paravertebral y en ocasiones distorsiona el borde del músculo psoas (42).

5.2.3. Ultrasonido

Es un método económico, fácil, rápido de realizar que no representa ningún riesgo para el paciente. Tiene una especificidad cercana al 100% y una sensibilidad del 97%. Se debe realizar con el paciente en ayunas, se recomienda medir el diámetro mayor antero-posterior en corte perpendicular al eje mayor de la aorta ya que proyecciones oblicuas tienden a sobre estimar el diámetro del vaso.

Su eficacia ha sido demostrada en múltiples estudios de diagnóstico precoz y seguimiento en aneurismas pequeños (≤ 5 cm.), sin embargo estudios de tamizaje en pacientes de alto riesgo han arrojado resultados contradictorios (43, 44,45).

El argumento es lograr demostrar que el diagnóstico precoz tiene un impacto costo efectivo favorable, disminuyendo la mortalidad relacionada con el aneurisma en este grupo de pacientes a largo plazo. Existen múltiples publicaciones con cohortes de miles de pacientes principalmente en Norteamérica y Europa en donde se identifican las poblaciones de alto riesgo como son los mayores de 60 años, hipertensos, con antecedente familiar de AAA y con antecedente de tabaquismo.

Recientemente se publicó un meta-análisis del Servicio de Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos el cual recomendó el tamizaje de rutina con ultrasonido en pacientes mayores de 65 años que sean o hayan sido fumadores, demostrando que esta estrategia disminuye la incidencia de muertes relacionadas con el aneurisma de aorta en el seguimiento a largo plazo (46,47).

5.2.4. Recomendaciones tamizaje

CLASE I

1-Individuos de 60 años o más primer grado de consanguinidad de pacientes con AAA deben ser sometidos a examen físico y tamizaje con ultrasonido. (Nivel de evidencia B.)

CLASE II

1-Individuos de 65 años o más que hayan fumado deben ser sometidos a examen físico y tamizaje con ultrasonido. (Nivel de evidencia B.)

CLASE III

1- No se recomienda el tamizaje de rutina en pacientes sin antecedente de tabaquismo. (Nivel de evidencia B)

5.2.5 tomografía axial computarizada con inyección de contraste intravenoso

Considerada hoy día como el estándar de oro en el diagnóstico y evaluación preoperatoria de los pacientes con aneurisma de aorta abdominal infrarrenal. Gracias a la resolución de los equipos actuales es posible evaluar en detalle la anatomía de la aorta y órganos relacionados con una sensibilidad y especificidad cercana al 100% (48).

Técnicamente es un estudio fácil de realizar, de corta duración y expone el paciente a bajas dosis de irradiación. Tiene como inconveniente la toxicidad relacionada al medio de contraste, especialmente en pacientes con función renal comprometida.

Es una herramienta fundamental en la evaluación preoperatoria de los pacientes con AAA, dando información indispensable para la toma de decisiones en cuanto a la técnica a utilizar. Los cortes axiales

permiten determinar en forma muy exacta los diámetros de los diferentes segmentos, las características de la pared del vaso, la presencia de calcio y/o trombos murales y la ubicación de las arterias renales.

Los cortes sagitales ayudan a estimar la longitud y trayectoria aproximada del vaso. Las reconstrucciones tridimensionales permiten visualizar claramente la anatomía de la aorta y la longitud real cuando se planea realizar un tratamiento endovascular. En casos escogidos para cirugía abierta permite información adicional valiosísima como es la relación y número de arterias renales, la posición de la vena cava, la proximidad de estructuras vecinas (49,50).

5.2.6. Resonancia magnética nuclear

Es un método que se puede considerar sustitutivo o complementario de la Tomografía computarizada contrastada en la evaluación de pacientes con AAA. Estudios bien conducidos han logrado demostrar que las imágenes de la Resonancia Magnética son tan buenas y exactas como las de la tomografía computarizada en la evaluación de estos pacientes (51, 52,53).

Tiene valor agregado como estudio complementario en aquellos pacientes que tienen severa calcificación arterial en los cuales la Tomografía contrastada puede arrojar información confusa por mala visualización. Para estos casos las reconstrucciones realizadas con angiografía por resonancia permiten visualizar adecuadamente las paredes y diámetros de los vasos para la correcta toma de decisiones. Es un estudio de utilidad limitada en pacientes con implantes metálicos o claustrofóbicos, además que por su costo no está disponible en muchos centros hospitalarios.

5.2.7. Angiografía convencional

Por varias décadas considerada el estándar de oro en el diagnóstico de los AAA. Su uso se popularizó debido a la incidencia de lesiones vasculares asociadas que se detectan y ayuda a un adecuado planeamiento estratégico preoperatorio. Es un método invasivo el cual expone al paciente a algunos riesgos como son mayor o irradiación, toxicidad por medio de contraste y la posibilidad de embolismo y ruptura arterial causada por el catéter y las guías utilizadas. Tiene la limitación que únicamente se visualiza la luz verdadera de la aorta y no el diámetro total ya que en la mayoría de los casos existe un rombo mural y por lo tanto no es adecuado para medir el diámetro mayor....

5.2.8. Recomendaciones de diagnóstico

Recomendación Clase I

1. La tomografía axial computarizada con medio de contraste esta indicada para el diagnóstico y seguimiento. (Nivel de evidencia B)

5.3. TRATAMIENTO

El proceso de toma de decisiones en los pacientes con AAA conduce frecuentemente a optar por el manejo médico como la mejor opción del paciente **dependiendo del diámetro mayor de la aorta**, su estado general y la expectativa de vida entre otros factores. La supervivencia a largo plazo es menor en este grupo de pacientes especialmente cuando el diagnóstico se hace antes de los 65 años de edad y está determinada por mayor cantidad de eventos cardíacos adversos debido a la alta incidencia de enfermedad coronaria.

La evolución de técnicas menos invasivas como el tratamiento endovascular, han permitido ampliar el espectro ofreciendo la opción de tratamiento quirúrgico a pacientes de mayor riesgo. En la actualidad el médico tratante cuenta con una variedad de alternativas de manejo las cuales deben ser evaluadas seleccionando la más adecuada para cada caso en particular.”

(...)

La edad avanzada se relaciona directamente con la mortalidad, es así como la mortalidad es cinco veces mayor en pacientes octogenarios alcanzando el 10% en la mayoría de series reportadas. Cuando se compara la mortalidad de pacientes octogenarios intervenidos por aneurismas rotos, con los pacientes más jóvenes es evidente que la mortalidad es similar en ambos grupos (40 a 70%). Es por esto que la edad avanzada como criterio único no es argumento válido para negarle la oportunidad de cirugía electiva abierta a pacientes octogenarios que se encuentren en buenas condiciones para cirugía (...) ²¹-+ destacados fuera de texto-

En lo correspondiente a la Fístula Ilíaco-entérica encontramos que es una causa poco frecuente de hemorragia de vías digestivas, siendo descrita como:

²¹ También consultar Recomendaciones de la guía para el diagnóstico y tratamiento del aneurisma de aorta abdominal. Clínica e Investigación en Arterioesclerosis. <http://www.asovascular.com/images/guias/GUIA-ANEURISMA-DE-AORTA-ABDOMINAL.pdf>

“La fistula aortoentérica primaria es una comunicación entre la pared del tubo digestivo y la aorta sin historia previa de cirugía aórtica. Es una **patología infrecuente** que representa **menos del 1% de las formas de presentación del aneurisma de aorta abdominal**. La prevalencia de aneurismas de aorta abdominal en pacientes mayores de 60 años es del 6 al 9%, e inferior al 3% en pacientes menores de 60 años. La clínica de inicio es en forma de hemorragia digestiva alta, entre el 48 y el 63% de los casos, con o sin shock hipovolémico.

(...)

La fistula aortoentérica es una comunicación entre la aorta aterosclerosa o aneurismática, generalmente en su porción abdominal, y el tubo digestivo. Existen 2 tipos de fistulas aortoentéricas, **la primaria, cuando no hay antecedente de cirugía aórtica previa**, y la secundaria cuando se da dicho antecedente. La secundaria es la más frecuente; se presenta como complicación postoperatoria de la cirugía aórtica en un 0,5-2,3% de los casos. **La prevalencia de la fistula primaria es del 0,1-0,8% de todos los aneurismas abdominales**. En el 66% de los casos el aneurisma de aorta abdominal es aterosclerótico; se presenta en pacientes de edad avanzada y con múltiples factores de riesgo vascular.

(...)

La clásica tríada de hemorragia digestiva, dolor abdominal y masa pulsátil es poco frecuente y aparece en menos del 40% de los casos, por lo que el diagnóstico clínico es extremadamente difícil. El signo clínico principal es la hemorragia digestiva que puede presentarse en forma de melenas, rectorragias, hematemesis o hematoquecia. Puede ser exanguinante y la principal causa de muerte en estos pacientes y la forma de presentación en el 5% de casos. Generalmente, se produce una hemorragia digestiva en forma de sangrado intermitente que permite la realización de pruebas diagnósticas. La presencia de antecedentes de patología aórtica aneurismática, o la presencia de una masa pulsátil en la exploración abdominal, debería ser el motivo para incluir la fistula aortoentérica en el diagnóstico diferencial de la hemorragia digestiva, incluso en pacientes jóvenes en los que el hallazgo de un aneurisma de aorta abdominal es infrecuente. Otros signos y síntomas pueden incluir dolor abdominal y lumbar, fiebre y sepsis.

(...)

La fistula aortoentérica primaria es una entidad con una **alta morbilidad y con una mortalidad preoperatoria del 51%**. **La tasa de mortalidad de la fistula no tratada con hemorragia intestinal es cercana al 100%**. Con tratamiento apropiado, las tasas de supervivencia varían entre el 18 y el 93%. Una de las complicaciones, frecuente en los primeros meses postoperatorios, es la recidiva de la fistula aortoentérica, que aparece entre el 17 y el 50% de los casos tratados con ligadura del muñón aórtico y conlleva una mortalidad prácticamente del 100% de los casos.

CONCLUSIÓN

La fistula aortoentérica primaria es una complicación poco frecuente de los aneurismas de aorta abdominal. Sin embargo, a causa de su alta mortalidad y morbilidad debe considerarse la causante del sangrado intestinal en los pacientes con hemorragia digestiva y aneurisma de aorta abdominal hasta que se demuestre lo contrario. De entre los diferentes métodos diagnósticos, la endoscopia digestiva y la TC son los que proporcionan mayor información. El pronóstico depende de un diagnóstico temprano y un tratamiento enérgico.²² - destacados fuera de texto -

Contextualizadas las anteriores referencias, los testimonios técnicos y lo encontrado en la Historia clínica, el Juzgado puede desestimar la existencia de falla del servicio derivada de un diagnóstico errado o por la ausencia de implementación de los protocolos correspondientes para el diagnóstico adecuado y oportuno, por las siguientes razones:

Lo primero será memorar, cuáles eran los síntomas y condiciones que presentó el señor RICARDO BLANCO RAMIREZ, ya que son la base fundamental de la impresión diagnóstica de los médicos tratantes en el objetivo de establecer la causa de la enfermedad y su tratamiento.

De allí que consultada la Historia Clínica del señor BLANCO RAMIREZ tanto abierta en SOATA como la dispuesta en la atención en la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA, se aprecia que el hoy occiso consultó por un cuadro de hematoquecia²³ o rectorragia²⁴, **sin otra sintomatología asociada**; situación de la más alta relevancia porque de acuerdo con la literatura médica

²² Fistula aortoentérica primaria, causa infrecuente de hemorragia digestiva en el adulto joven R. Riera Vázquez, E. Manuel-Rimbau Muñoz, J. Julia Montoya, J. Cordobés Gual, O. Merino Mairal, R. Lara Hernández, C. Corominas Roura, P. Lozano Vilardell y F.T. Gómez Ruiz Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca. España En <http://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-fistula-aortoentérica-primaria-causa-infrecuente-13070381>.

²³ Hematoquecia: paso por el recto de sangre roja rutilante, fresca y brillante mezclada con las heces o independiente de ellas; por lo general, indica que proviene de la parte distal del intestino delgado o del colon proximal. En: https://scn.com.co/precep-oid/pdf/3_7.pdf “HEMORRAGIA DE VÍAS DIGESTIVAS BAJAS”, LINA KARINA SALCEDO CASTILLA, MD Gastroenteróloga pediatra, Universidad El Bosque Pedagogía (Bogotá, Colombia)

²⁴ La rectorragia es un signo clínico que se define como la emisión de sangre roja por el ano de forma aislada o junto con las heces. En: www.acgastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/09_Rectorragia.pdf

consultada²⁵ y la declaración de **RAFAEL JOAQUIN MANJARRES GONZÁLEZ**, el AAA (aneurisma de aorta abdominal) se exterioriza clínicamente (si lo hace) cuando presenta i) dolor abdominal o de espalda, ii) hipotensión²⁶ y iii) masa pulsátil en abdomen, no sin dejar de advertir que de acuerdo con lo indagado en la *Guía de Diagnóstico* la gran mayoría de los Aneurismas son asintomáticos y por ende son descubiertos de forma incidental en la realización de pruebas con propósitos distintos, siendo los síntomas generalmente vinculados a las complicaciones.

Es oportuno señalar que el sangrado activo por recto no es una característica natural o normal del AAA, sino a lo sumo de la Fístula Iliaco-entérica, que conforme a la literatura consultada es una complicación patología infrecuente que representa **menos del 1%** de las formas de presentación del aneurisma de aorta abdominal, siendo por lo mismo un diagnóstico extremadamente difícil. En ese sentido coinciden los testigos médicos **LAYLA MARÍA TAMER DAVID**, al señalar que se identificó una anomalía que no se produce de forma frecuente y es una fístula hacia el ciego, lo que produjo que el sangrado no proviniera de Vías digestivas como ocurre en el 99% de los casos, a su turno el Cirujano **JOSÉ ANTONIO TAMARA LOPEZ** expuso que lo que presentado es una complicación de una patología previa y avanzada del paciente; una disección de aorta y una fístula de aorta abdominal que produce una hemorragia en vías digestivas bajas que se presenta en el 0.01% de los casos.

Añádase a lo expuesto que no existía acreditación de contarse con otros elementos que pudieran sugerir un diagnóstico diferente de la HDVB ya que ni siquiera fueron informados factores de riesgo de AAA, tales como el antecedente familiar de aneurismas, tabaquismo o la presencia de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

Lo anterior para señalar que la evolución del cuadro clínico del señor RICARDO BLANCO RAMIREZ, no sugería razonablemente desde el inicio que se tratara de un AAA, menos aún en su versión con fístula iliaco-entérica, y no podía sugerirlo así su caso, porque la expectativa de que esto fuese así no superaban el 1% de las posibilidades diagnósticas, de donde se infiere salvo mejor criterio, que no existe error o falla del servicio al suponer en la atención del 22 de noviembre de 2010 que se tratara de una HDVB (Hemorragia de Vías Digestivas Bajas), ya que acudiendo a la estadística y la sintomatología era la patología más probable de estarse presentando.

En virtud de lo anterior no se le podía exigir a los galenos de la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA que acertaran en la identificación de la enfermedad, antes de que se manifestaran en el paciente clínicamente los síntomas bajo los cuales el AAA debe tenerse en cuenta en un diagnóstico diferencial.

En este contexto, se destaca que el paciente no sangraba de manera permanente, la rectorragia se repitió en el Hospital San Rafael el 23 de noviembre de 2010, después del procedimiento de colonoscopia (anotación de las 15.00 horas), sin embargo para el 24 de noviembre refería sentirse mejor con disminución del sangrado y una vez más se presentó la hematoquexia para el **25 de**

²⁵ "Guía de Diagnóstico y Tratamiento del Aneurisma de Aorta Abdominal Infrarenal" elaborado por la Asociación Colombiana de Angiología y Cirugía Vascular para el año 2009

²⁶ T.A. 90/60 o menor en: <https://medlineplus.gov/spanish/lowbloodpressure.html>

noviembre según reporte de HC en notas de enfermería (18:24 horas f. 342) la cual fue acompañada **por primera vez de dolor abdominal**, momentos después (20:15) es valorado por Cx y se ordena rx torax para destacar lesión asociada a endoscopia, más tarde el paciente continuó con dolor abdominal y deposición con sangre fresca, por lo que es valorado por Cirujano General quien **ordenó TAC abdominal** y transfusión de 3 U GRE (a las 23:45 horas) f. 343 vto y 332), bajo dx diferencial de *perforación de sigmoides vs aneurisma de I/AS*, además por primera vez en HC se **deja anotación de palpación de masa pulsátil de FII.**

En punto de la palpación, viene al caso agregar que en todas las anotaciones de la HC se registró este procedimiento, con resultado no doloroso y sin encontrar masas o megalias, de manera que este síntoma era completamente nuevo y sin antecedente. No puede dejarse de señalar que la obesidad (abundante panículo adiposo) tenía la capacidad de dificultar el hallazgo, como lo sugiere la literatura médica transcrita²⁷

Sigue de lo anterior, que ante la aparición de un síntoma nuevo, como el dolor abdominal, se inician acciones para descartar lesiones por la endoscopia, que al no ser confirmadas imponen la orden de TAC, porque la evolución de la enfermedad para las horas de la noche del 25 de noviembre de 2010 se hacía más compatible con AAA, dado que en la última valoración comentada, el dolor abdominal era ahora acompañado de una masa pulsátil; tenemos entonces que sólo a las 23:45 de la fecha indicada, pueden estimarse presentes los tres indicadores clínicos para sospechar de aneurisma.

En efecto en cuanto hace a la **hipotensión** (menor a 90/60), las cifras de tensión arterial no reflejaban para antes del 25 de noviembre de 2010, valores que pudieran catalogarse bajo tal fenómeno, pues a su ingreso el 22 de noviembre reportaba 120/60, el 23 de noviembre tenía 120/70 en las dos tomas efectuadas; el 24 de noviembre tiene registro de 110/100 y solo el 25 de noviembre en la toma de las 7:00 reporta 90/50, disminuyendo la presión diastólica, la que no obstante ofrece unas lecturas normales en las tomas del mismo día de las 20:15 y 23:45, pues reportaba 120/70 y 110/70.

De esta manera, únicamente a las 23:45 del 25 de noviembre de 2010, puede aceptarse entonces que el señor BLANCO RAMIREZ había presentado la "triada clásica", pues en la mañana (7:00) estuvo hipotenso, en la tarde (18:24) en asocio a hematoquexia se quejó por primera vez de dolor abdominal y en la noche (23:45) la masa pulsátil se hizo notoria con persistencia del dolor.

En vista de estos hallazgos, podría haberse predicado error por omitir en el Dx diferencial el AAA si ante la palpación de la masa pulsátil a las 23:45 no se contempla aquello como posibilidad diagnóstica, la cual por el contrario, fue adecuada y oportunamente registrada, más aun, el cirujano tratante no solo prevé como hipótesis el simple aneurisma sino que también anticipa que si se trata de aquel, lo sería además comunicante al colon, es decir que se tuvo el discernimiento y capacidad para contemplar que esa complicación que solo se presenta en un 1% de los casos

²⁷ "Guía de Diagnóstico y Tratamiento del Aneurisma de Aorta Abdominal Infrarenal"

de AAA podría estar afectando al señor BLANCO RAMIREZ, sin además descartar la perforación del sigmoides.

Amén de lo anterior, el Juzgado concluye de acuerdo con las lecturas y las declaraciones técnicas, que el diagnóstico de AAA con fistula iliaco-enterica, no fue tardío, pues **únicamente para el 25 de noviembre de 2010 se registraron en el paciente los síntomas en virtud de los cuales debía sospecharse insoslayablemente de presencia de aneurisma.**

La anterior situación, permite además dar respuesta al cuestionamiento relativo a la omisión en la realización del TAC con mayor antelación, pues la determinación inicial de la causa de HDVB conforme a la literatura médica y las declaraciones del personal médico imponían verificar si aquella obedecía a una de las típicas patologías que la producen (divertículos, hemorroides, fistulas anales, pólipos, neoplasias, tumores, etc), para lo cual debía en primer lugar disponerse la realización de **colonoscopia** que es el instrumento recomendado según la *Guía para Manejo de Urgencias* en el paciente hemodinamicamente estable con sangrado activo bajo o con sangrado detenido como era el caso del señor RICARDO BLANCO RAMIREZ, pues para el 23 de noviembre de 2010 cuando es realizada (11:00, f. 341 vto y 364), el paciente estaba hemodinamicamente estable y no había presentado rectorragia desde su ingreso.

El Juzgado además encuentra que se sigue el parámetro de la *lex artis* pues la HDVB es producida en un porcentaje menor (11%) por hemorragia de vías altas (HDVA), razón que justifica y explica porque a partir del resultado arrojado por la colonoscopia (enfermedad divertículo no complicada), se decide el 24 de noviembre de 2010 la realización de **endoscopia**, cuya práctica y resultados son conocidos el 25 de noviembre de 2010 (f. 363).

De esta forma, no había manera de poder exigir a la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA que prescindiera de todos los exámenes diagnósticos que el protocolo médico sugiere para establecer causa de HDVB antes del 25 de noviembre de 2010 en horas de la noche cuando aparecen nuevos síntomas que reorientan el DX hacia un AAA, pues en la evolución previa del paciente desde el 22 de noviembre la HDVB era la hipótesis diagnóstica adecuada, posible y compatible con el cuadro clínico presentado.

Seguramente se pensará que el TAC podría desde un principio dar a conocer la grave patología que el señor RICARDO BLANCO RAMIREZ tenía y ello sin duda es cierto, pero no puede perderse de vista que lo que se juzga en este proceso, es si el conjunto de acciones y procedimientos que gobernaban el proceso médico en función del diagnóstico era adecuado a las condiciones propias del caso histórico, situación frente a la cual ya se ha visto no había razón para poder pensar para los días 22, 23 y 24 de noviembre de 2010 que el señor BLANCO RAMIREZ tenía AAA y no HDVB como lo sugerían sus síntomas.

Además de lo anterior la parte actora debe tener en cuenta que la utilización de recursos diagnósticos obedece a la necesidad puntual del caso y se subordina al principio de efectividad común a todas las áreas del conocimiento y de la práctica, de esta manera, si lo que se pretende es buscar un pólipo, un tumor o un divertículo, seguramente el TAC podría no arrojar la misma evidencia que una inspección con la sonda y lo propio para descartar la posibilidad de que el

sangrado proviniera de vías altas, pero además de lo anterior porque la utilización racional del recurso en función de sus costos de operación, la exposición a riesgos y el nivel de ocupación en relación con el requerimiento de pacientes graves, impiden obligar a la ESE demandada que gestionara para la determinación de una HDVB la inmediata realización de un TAC, cuando la evolución temprana del paciente no sugería que estuviera en riesgo su vida, recuérdese en ese sentido además de que el señor BLANCO RAMIREZ se encontraba hemodinámicamente estable, la HDVB no tiene una tasa de mortalidad alta (10 a 15%) y en todo caso lo primero que debía hacerse era controlar y estabilizar al paciente y luego iniciar el curso diagnóstico con el apoyo técnico diseñado.

Ahora bien, el Juzgado destaca que la realización del TAC, una vez se determina la necesidad de contar con este apoyo diagnóstico es materializada en aproximadamente 2 horas desde su prescripción, amén de que a las 23:45 del 25 de noviembre de 2010 se dispone y sus resultados son leídos conforme a la anotación de la HC a las 2:00 del 26 de noviembre de 2010, confirmando el diagnóstico diferencial de AAA con fistula iliaco entérica como se aprecia a folio 332 vto y 368, de contera no puede predicarse que haya existido un diagnóstico tardío, porque como ya se indicó la sintomatología clásica del AAA alcanza conjunción en altas horas de la noche del 25 de noviembre de 2010 e inmediatamente se recurre a las ayudas diagnósticas para confirmarlo, lo cual se obtiene en un tiempo razonable.

En ese sentido viene al caso, comentar que el Consejo de Estado en su jurisprudencia ha indicado que se presenta falla del servicio cuando no se utiliza o se agotan las ayudas diagnósticas para determinar la causa de una enfermedad, no obstante lo aquí registrado es justamente lo opuesto, pues tan pronto tiene sugerencia el AAA de inmediato se prescribe el examen que conforme al protocolo resulta ser el adecuado para confirmarlo o descartarlo²⁸:

“Las fallas en el diagnóstico de las enfermedades y el consecuente error en el tratamiento están asociadas, regularmente, a la indebida interpretación de los síntomas que presenta el paciente o a la omisión de la práctica de los exámenes que resultaban indicados para el caso concreto. Por lo tanto, cuando el diagnóstico no es conclusivo, porque los síntomas pueden indicar varias afecciones, se incurre en falla del servicio cuando no se agotan los recursos científicos y técnicos al alcance para determinar con precisión cuál es la enfermedad que sufre el paciente.— Destacados fuera de texto-

De manera más reciente la Corporación puntualizó²⁹:

“Tal como lo ha señalado la Sala en oportunidades anteriores³⁰, 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 Sala³¹ 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 paciente³², clasificación que tuvo relevancia en épocas pasadas para efectos de establecer frente a los casos concretos el régimen de responsabilidad aplicable y las cargas probatorias de las partes³³.

²⁸ Consejo de Estado, Sección Tercera, Consejera ponente: RUTH STELLA CORREA PALACIO, sentencia de 23 de junio de 2010, expediente: 05001-23-26-000-1990-00690-01(19101)

²⁹ SUBSECCION B Consejero ponente: RAMIRO PAZOS GUERRERO, sentencia de 3 de octubre de 2016, Radicación número: 05001-23-31-000-1999-02059-01(40057)

³⁰ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 23 de junio de 2010, exp. 19.101, C.P. Ruth Stella Correa Palacio

³¹ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 28 de septiembre de 2000, exp: 11.405, C.P. Alíer Eduardo Hernández Enriquez.

³² BUERES, Alberto. La responsabilidad civil de los médicos. Ed. Hammurabi, 1ª reimpresión de la 2ª edición, Buenos Aires, 1994, p. 424, 425.

³³ Sentencia de 11 de noviembre de 1999, exp: 12.165. Se dijo en esa providencia: “Muchos son los casos en que con ocasión de la prestación del servicio público de salud, se incurre en fallas administrativas que por su naturaleza deben probarse y la carga de la prueba corresponde al demandante, tales hechos como el resbalarse al penetrar en un consultorio, tropezar al acceder a la mesa de observación por la escalerilla, caída de una camilla, el no retiro de un yeso previa ordenación médica, o la causación de una quemadura cuando hay lugar a manipulación de elementos que puedan

En relación con el acto médico propiamente dicho, que es el tema de interés para la solución del caso concreto, los resultados fallidos en la prestación de ese servicio, tanto en el diagnóstico, como en el tratamiento o en las intervenciones quirúrgicas, no constituyen una falla del servicio, cuando esos resultados son atribuibles a causas naturales, como aquéllos eventos en los cuales el curso de la enfermedad no pudo ser interrumpido con la intervención médica, bien porque el organismo del paciente no respondió como era de esperarse a esos tratamientos, o porque en ese momento aún no se disponía de los conocimientos y elementos científicos necesarios para encontrar remedio o paliativo para esas enfermedades, o porque esos recursos no están al alcance de las instituciones médicas del Estado.

Por lo tanto, en tales eventos, **la falla del servicio se deriva de la omisión de utilizar los medios diagnósticos o terapéuticos aconsejados por los protocolos médicos;** por no prever, siendo previsibles, los efectos secundarios de un tratamiento; por no hacer el seguimiento que corresponde a la evolución de la enfermedad, bien para modificar el diagnóstico o el tratamiento y, en fin, de todas aquellas actuaciones que demuestren que el servicio fue prestado de manera diferente a como lo aconsejaba la *lex artis*.

Uno de los momentos de mayor relevancia en la prestación del servicio médico lo constituye el diagnóstico, porque a partir del mismo se define el tratamiento posterior³⁴. Las fallas en el diagnóstico de las enfermedades y el consecuente error en el tratamiento están asociadas, regularmente, a la indebida interpretación de los síntomas que presenta el paciente o a la omisión de la práctica de los exámenes que resultaban indicados para el caso concreto. **Por lo tanto, cuando el diagnóstico no es conclusivo, porque los síntomas pueden indicar varias afecciones, se incurre en falla del servicio cuando no se agotan los recursos científicos y técnicos al alcance para determinar con precisión cuál es la enfermedad que sufre el paciente.** A este respecto, la Sala ha destacado en varias de sus providencias, lo señalado por la doctrina:

[E]l respeto a tales deberes, que debe darse en todos los casos, es de máxima exigencia cuando el enfermo presenta un cuadro polimorfo en sus síntomas y signos, que haga difícil el diagnóstico, obligando a emitir únicamente diagnósticos presuntivos. En tales circunstancias deben extremarse los medios para llegar a formular un diagnóstico cierto. Deben agotarse los análisis y demás recursos de la medicina actual. Empero no es suficiente su solicitud; es preciso su realización en tiempo oportuno -sin dilaciones o demoras inútiles- y su posterior estudio por el médico³⁵

En los casos en los que se discute la responsabilidad de la administración por daños derivados de un error de valoración, deberá estar demostrado que el servicio médico no se prestó adecuadamente porque se omitió interrogar al paciente o a su acompañante sobre la evolución de los síntomas que lo aquejaban; no sometió al enfermo a una valoración física completa y seria³⁶ **omitió utilizar oportunamente todos los recursos técnicos a su alcance para confirmar o descartar un determinado diagnóstico³⁷**; dejó de hacerle el seguimiento que corresponde a la evolución de la enfermedad, o simplemente, incurrió en un error inexcusable para un profesional de su especialidad³⁸.

No es viable entonces que se obligue a lo imposible al personal médico que atendió al hoy occiso, orientando un diagnóstico sin bases sintomatológicas, anticipando lo que estaba por suceder y que no había hecho aparición en el mundo objetivo o utilizando un insumo diagnóstico sobrecalificado; debe tenerse además en cuenta, que el conjunto de situaciones determinaron la evolución del paciente de esta forma y no de otra, es decir, la aparición de un sangrado sugestivo de una HDVB sin otro síntoma, teniendo ocurrencia una patología de AAA con fistula iliaca entérica extremadamente inusual.-

Cabe destacar que inmediatamente se confirmó el diagnóstico de AAA con AAI, se ordenó la remisión del paciente a Unidad de Cuidados Intensivos, además se decidió pasar a Cirugía de Urgencia (2+13).

Lo acá reseñado permite al Juzgado concluir que, al paciente se le realizó el examen físico pertinente para efectos de establecer el Diagnóstico inicial de ingresó por urgencias tal como lo

ocasionarla. En ellos, es natural que no proceda la presunción de falla deducida jurisprudencialmente para los casos de acto médico y ejercicio quirúrgico, y que consecuentemente deba el actor probar la falla del servicio como ocurrió en el caso sub análisis, habiendo demostración de la caída del menor por descuido de quienes lo tenían a su cuidado, y de la imposibilidad de atenderlo convenientemente, con los elementos de que se disponía, pero que no pudieron emplearse por encontrarse bajo llave". No obstante, en sentencia de 10 de agosto de 2000, exp. 12.944, aclaró la Sala: "En ese caso se quiso diferenciar el régimen colombiano con el francés respecto de 'los hechos referentes a la organización y funcionamiento del servicio', y aunque el texto de la sentencia quedó así, lo cierto es que las indicaciones sobre la aplicación del régimen de falla probada frente a esos hechos concierne a la jurisprudencia francesa y no a la colombiana. En nuestra jurisprudencia el régimen de responsabilidad patrimonial desde 1992 por hechos ocurridos con ocasión de actividades médicas, sin diferenciar, es y ha sido 'el de falla presunta'".

³⁴ VÁSQUEZ FERREIRA, ROBERTO. Daños y Perjuicios en el Ejercicio de la Medicina, Biblioteca Jurídica Dike, 1993, pág. 78.

³⁵ MOSSET ITURRASPE, JORGE. Responsabilidad Civil del Médico, Editorial Astrea, Buenos Aires, 1985, 1ª reimpresión, pág. 125 y 126.

³⁶ Consejo de Estado, sentencia de 10 de febrero de 2000, Sección Tercera. Exp. 11.878, C.P. Alíer Eduardo Hernández.

³⁷ Consejo de Estado, sentencia de 27 de abril de 2011, Sección Tercera. Exp. 19.846, C.P. Ruth Stella Correa Palacio.

³⁸ Al respecto, la doctrina ha señalado que el error inexcusable no es cualquier error, sino aquél "objetivamente injustificable para un profesional de su categoría o clase. En consecuencia, si el supuesto error es de apreciación subjetiva, por el carácter discutible del tema o materia, se juzgará que es excusable y, por tanto, no genera responsabilidad". Alberto Bueres, citado por Vásquez Ferreyra, Op. Cit., p. 121.

establece la Guía para el Manejo de Urgencias del Ministerio de la Protección Social; diagnóstico convalidado por el Cirujano General; ello es así porque el paciente presentaba cuadro de hemorragia rectal de 6 días de evolución, sin dolor abdominal y sin antecedentes familiares de AAA, sin tabaquismo y sin hipertensión. De modo que para el Juzgado resulta acertado el diagnóstico dado al señor RICARDO BLANCO RAMÍREZ de HVDB, de ahí que también resulte acertado el tratamiento y seguimiento dado a esa patología, pues está establecido que al ingreso se ordenó la realización de cuadro hemático, la reserva de 2 unidades de Glóbulos Rojos, trasfundidas en la madrugada del día 23 de noviembre de 2010, además de ordenar la realización de Colonoscopia con la finalidad de establecer la causa del sangrado, procedimiento que resulta acorde se reitera con lo establecido por el Ministerio de la Protección Social para el año 2009.

Entonces, no es que haya existido una negligencia por parte de los médicos que atendieron al señor RICARDO BLANCO RAMÍREZ en la oportunidad de la Tomografía Axial Computarizada (TAC), pues de acuerdo a los protocolos para la identificación de la causa de la hemorragia se debía emplear en primer lugar la Colonoscopia, seguida por la endoscopia de VDA. No siendo vinculante el empleo del TAC en los casos de Hemorragia de Vías Digestivas cuando el paciente no está termodinámicamente comprometido, por lo que no resulta reprochable en este caso su falta de empleo diagnóstico en estadio más temprano.

Precisamente la doctrina médica ha establecido que el descubrimiento de AAA en la mayoría de casos es incidental, principalmente en aquellos eventos en los que se realizan estudios tomográficos de rutina a otros órganos; también la mayoría de los síntomas se presentan cuando hay ruptura.

Debe subrayarse igualmente que mediante Colonoscopia realizada el día 26 de noviembre de 2010 a las 6+30 PM se diagnosticó Fístula Ilíaco-entérica al paciente BLANCO RAMÍREZ (f. 365), sobre esta patología se ha establecido como una causa poco probable de hemorragia digestiva baja dada su infrecuencia, aun así, resulta altamente mortal³⁹. Asimismo se ha establecido que la fístula primaria (sin intervención quirúrgica anterior) es una entidad con alta mortalidad preoperatoria del 51%, y en los casos de fístula no tratada con hemorragia intestinal es cercana al 100%⁴⁰.

Todo lo anterior, permite concluir que el paciente RICARDO BLANCO RAMÍREZ además de presentar AAA, también presentaba AAI⁴¹, al momento de la Tomografía Axial Computarizada

³⁹ Revista Gastroenterológica y Hepatología, Vol. I, número 6 de 1978. "Fístula ilíaco-entérica. Una causa poco frecuente de hemorragia digestiva baja.

⁴⁰ Riera Vázquez R, Fístula Aortoentérica primaria, causa infrecuente de hemorragia digestiva en el adulto joven. Año 2004.

⁴¹ Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vasculat, BALLESTEROS-Pomar M, Aneurisma de arteria iliaca: actualización y algoritmos de decisión. 2017.; **Definición de aneurisma iliaco.** Un aneurisma de arteria iliaca (AAI) es una dilatación permanente, focal de la arteria, que mide más del 50% del diámetro normal del vaso (> 1,5 cm de diámetro máximo). Una arteria iliaca interna con un diámetro > 8 mm se considera aneurismática.

Epidemiología. Los AAI aislados son extremadamente raros, siendo lo más frecuente y característico su asociación a un aneurisma de aorta abdominal (AAA). En la población general se estima una incidencia de AAI aislados del 0,03%¹, representando el 0,4-1,9% de la patología aneurismática². El 70% de los aneurismas ilíacos corresponden a aneurismas de la arteria iliaca común (AIC) y el 25% a aneurismas de la arteria iliaca interna (AII); los aneurismas de la arteria iliaca externa (AIE) son excepcionales³. El 15-40% de los AAA se asocian a un aneurisma iliaco^{4,5}.

Los AAI son mucho más frecuentes en el sexo masculino, en una proporción 7:1. Su incidencia se incrementa con la edad, siendo máxima en la 7.a-8.a décadas de la (...) **Clínica.** Aunque la presentación clínica de los AAI es variable, la mayoría de los pacientes son asintomáticos y el aneurisma constituye un hallazgo incidental en pruebas de imagen realizadas por otros motivos.

En AAI sintomáticos, las manifestaciones clínicas dependen de su tamaño y localización. Aneurismas grandes (> 5 cm) se manifiestan con síntomas compresivos o rotura con colapso hemodinámico. La compresión de estructuras adyacentes incluye uréter (hidronefrosis), colon (obstrucción intestinal), plexo lumbar (parestias, dolor radicular) o vena iliaca (edema, trombosis venosa).

Más del 30% de los AAI aislados se presentan con rotura, describiéndose tasas de mortalidad de hasta el 60%^{7,8}. Los síntomas por trombosis o tromboembolismo con isquemia de miembros inferiores son mucho menos frecuentes.

Diagnóstico. La exploración física comprende palpación abdominal, tacto rectal y exploración vascular periférica. La palpación de una masa abdominal pulsátil confirma el diagnóstico pero una exploración negativa no lo excluye. Las pruebas de imagen son esenciales para el diagnóstico de certeza. El eco-doppler es la prueba inicial de elección aunque puede estar limitada si las arterias ilíacas son tortuosas o profundas o si existe gas intestinal. El angio-TAC es de gran precisión para el diagnóstico y en

(TAC); de modo que se hacía urgente la intervención quirúrgica; frente a esta situación existe constancia en la Historia Clínica que una vez se informó de la situación a sus familiares (esposa) de forma informada disintió del procedimiento argumentando la necesidad de que el señor RICARDO fuera remitido a un centro médico que contara con la especialidad de cirugía Cardiovascular (f. 316, 333 vto, y 343 vto) ya que quien iba a realizar la intervención era un cirujano general. Así se anotó a la 3+00 del día 26 de noviembre de 2010; a quien además se le informó de los beneficios y riesgos del traslado (f. 332 vto)

Finalmente, ante los riesgos de la remisión a otro centro médico el cual aún no había sido autorizada por parte de la EPS y atendiendo a que la patología se vio agravada por la presencia de **Fístula arterioentérica primaria** diagnosticada ese mismo día, el Cirujano de turno decidió realizar procedimiento quirúrgico de injerto aortobifemoral del cual el paciente sale a las 22 horas con diagnóstico de:

1. Choque hipovolémico hemorrágico.
2. Aneurisma de Aorta Abdominal Roto.
3. POP de laparotomía + colocación de injerto aorto-bifemoral.
4. S. anémico secundario.
5. Fístula ilíaco-entérica.
6. Enfermedad Diverticular no complicada.

Posterior al procedimiento quirúrgico al paciente se le transfundieron 3 unidades de glóbulos rojos, continuando con evolución tórpida y con requerimiento de soporte cardiovascular; ya para el día 27 de noviembre a la 2 AM el paciente presenta asistolia, se realizaron maniobras de Reanimación Cardio Cerebro Pulmonar (RCCP), sin respuesta, por lo que el paciente muere.

Por todo lo anterior, considera el Juzgado acertado el protocolo que se siguió referente al AAA, pues era claro que un aneurisma con un diámetro de aproximadamente 86 mm en la aorta abdominal, y de aneurisma en la arteria iliaca común izquierda de aproximadamente de 56 mm **con posible ruptura** el procedimiento a seguir era la **intervención quirúrgica de urgencia** no existiendo otra posibilidad.

Dicho esto, habiéndose establecido que en este caso se emplearon los medios diagnósticos necesarios y adecuados de conformidad con la tríada presentada por el paciente RICARDO BLANCO RAMÍREZ, no existe entonces acreditación para considerar que hubo omisión en el uso oportuno de los recursos técnicos que tenía al alcance la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja.

FALTA DE ESPECIALISTA EN CIRUGÍA CARDIOVASCULAR EN LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA.

Sobre este aspecto indica el apoderado que, su poderdante se negó a firmar el consentimiento informado para la Cirugía de urgencia al conocer que quien iba a operar no era un especialista cardiovascular, sino un "médico general" (f.5); expresando que la falla en el servicio consiste en la ausencia de especialista en ese ramo de la medicina, lo cual hubiera impedido que el paciente falleciera.

la definición de las características anatómicas del aneurisma. La angio-RM aporta la misma precisión que el angio-TAC pero su alto coste y otros factores (implantes metálicos, fibrosis sistémica nefrogénica secundaria a gadolinio) limitan su uso. No es útil la arteriografía al falsear el verdadero diámetro del aneurisma.

Hay que iniciar destacando que el apoderado demandante comete un error al indicar que quien iba a operar era un "médico general", cuando en realidad y como así sucedió el procedimiento quirúrgico fue efectuado por 2 especialistas en Cirugía General; entonces no es cierto lo afirmado por el promotor.

Sobre este aspecto el Doctor JOSÉ ANTONIO TAMARA en su declaración afirmó que dentro de los servicios que presta la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja nunca se ha tenido cirugía vascular y dado que la parte actora, ni argumentó ni probó que la habilitación de servicios en el III nivel de atención al cual pertenece la ESE demandada, le imponga contar con dicho profesional, pronto se advierte que el cargo tiende al fracaso.

Empero surge el interrogante de si un cirujano general es competente para atender el procedimiento quirúrgico que necesitaba el señor RICARDO BLANCO RAMÍREZ. Sobre este tema tenemos Cirujano Cardiovascular es Cirujano inicialmente General con una subespecialidad o profundización en este caso en la parte arterial y venosa, no obstante, no encuentra el Juzgado en la "Guía de Diagnóstico y Tratamiento del Aneurisma de Aorta Abdominal Infrarenal" una referencia puntual que establezca una cualificación respecto del cirujano que debe atender el procedimiento quirúrgico cuando se trata de AAA, aún más, cuando es de urgencia, como en este caso.

Ahora bien, como la parte demandante en quien gravita la carga de la prueba, tampoco demostró que conforme a reglamentos, habilitaciones o mediante pruebas técnicas, únicamente pudiera ser competente para atender la urgencia por AAA y AAI un cirujano vascular, el cargo no adquiere demostración.

Así las cosas y en contexto con lo analizado en el apartado anterior, no puede el Juzgado dar por establecido que el hecho de no contar con Cirujano Vascular sea el origen del daño antijurídico que se imputa (muerte del señor RICARDO BLANCO RAMÍREZ); toda vez que está acreditado que la intervención quirúrgica fue realizada por Cirujanos Generales, personal con las condiciones necesarias para realizar este tipo de intervención; adicionalmente, debe tenerse en consideración las circunstancias en las que se descubrió el AAA, y es que una vez confirmado el diagnóstico y el tamaño del aneurisma el Cirujano de turno decidió pasar a cirugía de urgencia al paciente tal como lo establece la Guía para el manejo de AAA, lo cual fue posible luego de aproximadamente 18 horas desde el diagnóstico (*descontando 17 horas en la que persistió el disentimiento en animo de atender la solicitud de la esposa del paciente para que fuera remitido a otro centro médico que contará con el servicio de Cirugía Cardiovascular*); de modo que la conducta asumida por el Cirujano de turno resultó acertada toda vez que el AAA tenía un diámetro de más de 8 cm y el AAI tenía un diámetro de más de 5 cm con posible ruptura, situación que de por sí ya representaba peligro para la vida del señor BLANCO RAMÍREZ.

También resulta importante tener en cuenta la altísima tasa de mortalidad quirúrgica de cirugía urgente por ruptura de AAA que va desde el 40% al 70%⁴²; como si esto no fuera suficiente, se

⁴² Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular, Aneurisma de arteria iliaca: actualización y algoritmos de decisión. 2017.

confirmó la presencia de fístula ilíaco-entérica, frente a la cual se ha establecido unos niveles de **mortalidad hasta del 100%**; todos estos factores permiten concluir que la probabilidad de salir con vida del procedimiento quirúrgico eran escasas para el señor BLANCO RAMÍREZ. En efecto está documentado que el paciente dentro del procedimiento presentó cambios electrocardiográficos por lo que se realizaron maniobras de RCCP frente a las cuales respondió bien; posteriormente salió del quirófano en malas condiciones; y a las cuatro horas de postoperatorio presentó asistolia realizándose nuevamente RCCP sin respuesta, falleciendo el por shock hipovolémico hemorrágico.

Lo cierto es que, una vez se confirmó el diagnóstico de AAA por parte del personal de la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja se prestó la atención necesaria para practicar la cirugía de urgencia, siendo esta el único procedimiento posible para tratar de salvar la vida del paciente.

En consecuencia, no encuentra el Juzgado que el fallecimiento del señor RICARDO BLANCO RAMÍREZ sea causa directa de la falta de cirujano cardiovascular en el Hospital San Rafael de Tunja; sino que su fallecimiento se debió a las complicaciones que presentaba antes de realizar por parte de cirujanos generales el procedimiento quirúrgico.

DE LA NEGATIVA DE AUTORIZAR SERVICIOS CON PROFESIONAL ESPECIALISTA EN CIRUGÍA CARDIOVASCULAR.

Señala el apoderado que nunca se obtuvo autorización por parte de la EPS para los servicios con un profesional especialista en Cirugía Vasculuar.

A este respecto, la Ley 100 de 1993 definió qué empresas estarían encargadas de prestar el servicio de salud y el ámbito de las obligaciones. El artículo 156 de la norma citada definió las características del Sistema General de Seguridad Social en Salud y atañen al sub lite los siguientes literales:

e) Las Entidades Promotoras de Salud tendrán a cargo la afiliación de los usuarios y la administración de la prestación de los servicios de las Instituciones Prestadoras. Ellas están en la obligación de suministrar, dentro de los límites establecidos en el numeral 5 del artículo 180, a cualquier persona que desee afiliarse y pague la cotización o tenga el subsidio correspondiente, el Plan Obligatorio de Salud, en los términos que reglamente el gobierno; (...)

g) Los afiliados al sistema elegirán libremente la Entidad Promotora de Salud, dentro de las condiciones de la presente Ley. Así mismo, escogerán las instituciones prestadoras de servicios y/o los profesionales adscritos o con vinculación laboral a la Entidad Promotora de Salud, dentro de las opciones por ella ofrecidas. (...)

i) Las Instituciones Prestadoras de Salud son entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud, dentro de las Entidades Promotoras de Salud o fuera de ellas. El Estado podrá establecer mecanismos para el fomento de estas organizaciones y abrir líneas de crédito para la organización de grupos de práctica profesional y para las Instituciones Prestadoras de Servicios de tipo comunitario y Solidario;

k) Las Entidades Promotoras de Salud podrán prestar servicios directos a sus afiliados por medio de sus propias Instituciones Prestadoras de Salud, o contratar con Instituciones Prestadoras y profesionales independientes o con grupos de práctica profesional, debidamente constituidos; (...)

o) Las entidades territoriales celebrarán convenios con las Entidades Promotoras de Salud para la administración de la prestación de los servicios de salud propios del régimen subsidiado de que trata la presente Ley. Se financiarán con cargo a los recursos destinados al sector salud en cada entidad territorial, bien se trate de recursos cedidos, participaciones o propios, o de los recursos previstos para el Fondo de

Solidaridad y Garantía. Corresponde a los particulares aportar en proporción a su capacidad socioeconómica en los términos y bajo las condiciones previstas en la presente Ley; (...)

p) La Nación y las entidades territoriales, a través de las instituciones hospitalarias públicas o privadas en todos los niveles de atención que tengan contrato de prestación de servicios con él para este efecto, garantizarán el acceso al servicio que ellas prestan a quienes no estén amparados por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, hasta cuando éste logre la cobertura universal. – se destaca-

En la misma Ley se estableció la reglamentación referida a las Entidades Promotoras de Salud así:

ARTÍCULO 177. DEFINICIÓN. Las Entidades Promotoras de Salud son las entidades responsables de la afiliación, y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente Ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitación al Fondo de Solidaridad y Garantía, de que trata el título III de la presente Ley.

ARTÍCULO 178. FUNCIONES DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD. Las Entidades Promotoras de Salud tendrán las siguientes funciones:

1. Ser delegatarias del Fondo de Solidaridad y Garantía para la captación de los aportes de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
2. Promover la afiliación de grupos de población no cubiertos actualmente por la Seguridad Social.
3. Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional. Las Empresas Promotoras de Salud tienen la obligación de aceptar a toda persona que solicite afiliación y cumpla con los requisitos de Ley.
4. Definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las Instituciones Prestadoras con las cuales haya establecido convenios o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado y su familia.
5. Remitir al Fondo de Solidaridad y Compensación la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios.
6. Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
7. Las demás que determine el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud ⁴.

ARTÍCULO 179. CAMPO DE ACCIÓN DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD. Para garantizar el Plan de Salud Obligatorio a sus afiliados, las Entidades Promotoras de Salud prestarán directamente o contratarán los servicios de salud con las Instituciones Prestadoras y los profesionales. Para racionalizar la demanda por servicios, las Entidades Promotoras de Salud podrán adoptar modalidades de contratación y pago tales como capitación, protocolos o presupuestos globales fijos, de tal manera que incentiven las actividades de promoción y prevención y el control de costos. Cada Entidad Promotora deberá ofrecer a sus afiliados varias alternativas de Instituciones Prestadoras de Salud, salvo cuando la restricción de oferta lo impida, de conformidad con el reglamento que para el efecto expida el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud ⁴.

PARÁGRAFO. Las Entidades Promotoras de Salud buscarán mecanismos de agrupamiento de riesgo entre sus afiliados, entre empresas, agremiaciones o asociaciones, o por asentamientos geográficos, de acuerdo con la reglamentación que expida el gobierno nacional.

ARTÍCULO 180. REQUISITOS DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD. La Superintendencia Nacional de Salud autorizará como Entidades Promotoras de Salud a entidades de naturaleza pública, privada o mixta, que cumplan con los siguientes requisitos:

1. Tener una razón social que la identifique y que exprese su naturaleza de ser Entidad Promotora de Salud.
2. Tener personería jurídica reconocida por el Estado.
3. Tener como objetivos la afiliación y registro de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud, el recaudo de las cotizaciones y la promoción, gestión, coordinación, y control de los servicios de salud de las Instituciones Prestadoras de Servicios con las cuales atienda los afiliados y su familia, sin perjuicio de los controles consagrados sobre el particular en la Constitución y la Ley.
4. Disponer de una organización administrativa y financiera que permita:
 - a) Tener una base de datos que permita mantener información sobre las características socioeconómicas y del estado de salud de sus afiliados y sus familias;
 - b) Acreditar la capacidad técnica y científica necesaria para el correcto desempeño de sus funciones, y verificar la de las Instituciones y Profesionales prestadores de los servicios;
 - c) Evaluar sistemáticamente la calidad de los servicios ofrecidos.

5. Acreditar periódicamente un número mínimo y máximo de afiliados tal que se obtengan escalas viables de operación y se logre la afiliación de personas de todos los estratos sociales y de los diferentes grupos de riesgo. Tales parámetros serán fijados por el gobierno nacional en función de la búsqueda de la equidad y de los recursos técnicos y financieros de que dispongan las Entidades Promotoras de Salud.
6. Acreditar periódicamente el margen de solvencia que asegure la liquidez y solvencia de la Entidad Promotora de Salud, que será fijado por el gobierno nacional.
7. Tener un capital social o Fondo Social mínimo que garantice la viabilidad económica y financiera de la Entidad, determinados por el Gobierno Nacional.
8. Las demás que establezca la Ley y el reglamento, previa consideración del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

PARÁGRAFO. El gobierno nacional expedirá las normas que se requieran para el fiel cumplimiento de lo dispuesto en el presente artículo.

ARTÍCULO 181. TIPOS DE ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD. La Superintendencia Nacional de Salud podrá autorizar como Entidades Promotoras de Salud, siempre que para ello cumplan con los requisitos previstos en el artículo 180, a las siguientes entidades:

- a) El Instituto de Seguros Sociales;
- b) Las Cajas, Fondos, Entidades o empresas de Previsión y Seguridad Social del sector público, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 236 de la presente Ley;
- c) Las entidades que por efecto de la asociación o convenio entre las Cajas de Compensación Familiar o la existencia previa de un programa especial patrocinado individualmente por ellas se constituyan para tal fin;
- d) Las entidades que ofrezcan programas de medicina prepagada o de seguros de salud, cualquiera sea su naturaleza jurídica;
- e) Las Entidades Promotoras de Salud que puedan crear los departamentos, distritos y municipios y sus asociaciones. Para ello podrán también asociarse con entidades hospitalarias públicas y privadas;
- f) Los organismos que hayan sido organizados por empresas públicas o privadas para prestar servicios de salud a sus trabajadores con anterioridad a la vigencia de la presente Ley, siempre que se constituyan como personas jurídicas independientes;
- g) Las organizaciones no gubernamentales y del sector social solidario que se organicen para tal fin, especialmente las empresas solidarias de salud, y las de las comunidades indígenas;
- h) Las entidades privadas, solidarias o públicas que se creen con el propósito específico de funcionar como Entidad Promotora de Salud.

PARÁGRAFO 1o. Cuando una Institución Prestadora de Servicios de Salud sea de propiedad de una Entidad Promotora de Salud, la primera tendrá autonomía técnica, financiera y administrativa dentro de un régimen de delegación o vinculación que garantice un servicio más eficiente. Tal autonomía se establecerá de una manera gradual y progresiva, en los términos en que lo establezca el reglamento.

PARÁGRAFO 2o. Corresponde al Ministerio de Salud y a las Direcciones Seccionales y Locales de Salud la promoción de Entidades Promotoras de Salud donde los usuarios tengan mayor participación y control, tales como las empresas solidarias de salud, las cooperativas y las microempresas médicas.

PARÁGRAFO 3o. Las empresas que presten los servicios de salud en la forma prevista por el literal f) podrán reemplazarlo, contratando dichos servicios con las Entidades Promotoras de Salud adscritas al Sistema General de Seguridad Social en Salud. (negritas y subrayas del Despacho)

Finalmente, en la Ley 100 de 1993 se hizo referencia a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en los siguientes términos:

ARTÍCULO 185. INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD. Son funciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente Ley.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia, y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera. Además propenderán por la libre concurrencia en sus acciones, proveyendo información oportuna, suficiente y veraz a los usuarios, y evitando el abuso de posición dominante en el sistema. Están prohibidos todos los acuerdos o convenios entre Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, entre asociaciones o sociedades científicas, y de profesionales o auxiliares del sector salud, o al interior de cualquiera de los anteriores, que tengan por objeto o efecto impedir, restringir o falsear el juego de la libre competencia dentro del mercado de servicios de salud, o impedir, restringir o interrumpir la prestación de los servicios de salud.

Para que una entidad pueda constituirse como Institución Prestadora de Servicios de salud deberá cumplir con los requisitos contemplados en las normas expedidas por el Ministerio de Salud. (Destacados fuera de texto)

A su turno la Resolución No. 5261 De 1994 "Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud" reguló lo atinente a la manera como las Empresas Promotoras de Salud deben prestar el servicio a través de IPS. Se destaca sobre el presente tópico el articulado que a continuación se revisa:

ARTICULO 1o. CENTROS DE ATENCION. El Plan de Beneficios DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD se prestará en todos los municipios de la república de Colombia, por todas aquellas instituciones y personas de carácter público, privado o de economía mixta, catalogados y autorizados para desempeñarse como Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud I.P.S. El plan obligatorio de salud responsabilidad de las Entidades Promotoras de Salud se prestará en aquellas I.P.S. con las que cada E.P.S. establezca convenios de prestación de servicios de salud; o sin convenio en cualquier I.P.S. en los casos especiales que considera el presente reglamento.

ARTICULO 2o. DISPONIBILIDAD DEL SERVICIO Y ACCESO A LOS NIVELES DE COMPLEJIDAD. En todo caso los servicios de salud que se presten en cada municipio estarán sujetos al nivel de complejidad y al desarrollo de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud autorizadas para ello. Cuando las condiciones de salud del usuario ameriten una atención de mayor complejidad, esta se hará a través de la red de servicios asistenciales que establezca cada E.P.S.

PARAGRAFO. El acceso al servicio siempre será por el primer nivel o por el servicio de urgencias. Para los niveles subsiguientes el paciente deberá ser remitido por un profesional en medicina general de acuerdo a las normas definidas para ello, las que como mínimo deberán contener una historia clínica completa en la que se especifique el motivo de la remisión, los tratamientos y resultados previos. **Cuando en el municipio de residencia del paciente no se cuente con algún servicio requerido, este podrá ser remitido al municipio más cercano que cuente con el.** Los gastos de desplazamiento generados en las remisiones serán de responsabilidad del paciente, salvo en los casos de urgencia debidamente certificada o en los pacientes internados que requieran atención complementaria. Se exceptúan de esta norma las zonas donde se paga una U.P.C. diferencial mayor, en donde todos los gastos de transporte estarán a cargo de la E.P.S.

ARTICULO 3o. UTILIZACION DE SERVICIOS POR MUNICIPIO Y ZONA DE RESIDENCIA. Todo paciente deberá utilizar los servicios con los que se cuente en su municipio o zona de residencia, salvo en los casos de urgencia comprobada o de remisión debidamente autorizada por la E.P.S. Toda persona y su familia al momento de la afiliación a la E.P.S. deberá adscribirse para la atención ambulatoria en alguna de las I.P.S. más cercanas a su sitio de residencia dentro de las opciones que ofrezca la E.P.S., para que de esta manera se pueda beneficiar de todas las actividades de promoción y fomento de la salud y prevención de la enfermedad. El usuario podrá solicitar cambio de adscripción a la I.P.S. como máximo una vez por año. (...)

ARTICULO 20. RESPONSABILIDADES POR NIVELES DE COMPLEJIDAD. Para efectos de definir la responsabilidad del personal de salud en los diferentes niveles de complejidad se establece:

NIVEL I : Médico general y/o personal auxiliar y/o paramédico y/o de otros profesionales de la salud no especializados.

NIVEL II : Médico general y/o profesional paramédico con interconsulta, remisión y/o asesoría de personal o recursos especializados.

NIVEL III y IV: Médico especialista con la participación del médico general y/o profesional paramédico. (...)
- Destacados fuera de texto-

De acuerdo con la normativa transcrita el Despacho encuentra que las obligaciones esenciales de las Entidades Promotoras de Salud –EPS- se contraen principalmente a **organizar y garantizar** al afiliado-usuario **el acceso a los servicio de salud** que prevé el Plan Obligatorio de Salud del régimen respectivo, siendo una obligación correlativa del usuario, acceder a la red de servicios en la forma y condiciones establecida, así como utilizar los servicios con los que se cuente en su municipio o zona de residencia, salvo en los casos de urgencia comprobada o de remisión debidamente autorizada por la E.P.S.

Ahora bien, está anotado en la historia clínica del paciente BLANCO RAMÍREZ que a los familiares se le explicaron los riesgos y beneficios de la conducta de traslado (f. 333 vto a las 3:00

del 26 de noviembre de 2010 en el contexto del disentimiento informado que suscribieron ante la orden de realización de la cirugía según anotación de las 2:13 am del mismo día). En relación con esta solicitud se aprecia a folio 239 la siguiente anotación: "*Solamente hasta el 26/11/2010 a las 4:09 horas (5 días después de su ingreso), el Hospital San Rafael de Tunja solicita traslado del paciente para manejo por cirujano vascular y UCI... La Central de referencia y Contrareferencia de NUEVA EPS presentó el paciente en las IPS de Bogotá, sin encontrar disponibilidad de Camas*"; anexándose copia del "pantallazo" del encabezado de traslado y de los prestadores a los cuales se solicitó su remisión observando que por parte de la Corporación Juan Ciudad... dicha solicitud fue rechazada (f. 242 y 243).

Ahora bien, la NUEVA EPS presentó al expediente concepto médico sobre el caso bajo estudio el cual fue elaborado por la Dra. LAYLA TAMER DAVID y RAFAEL JOAQUÍN MANJARRES, médicos que rindieron testimonio en este proceso, estableciendo que:

"De acuerdo a las condiciones que presenta el paciente una vez realizado el diagnóstico desde la aparición del dolor abdominal, se explica de manera clara tanto en la historia clínica como al momento del diligenciamiento del consentimiento informado como consta en los documentos aportados el estado de gravedad del paciente y **EL RIESGO QUE CONLLEVA UN TRASLADO por lo cual no se puede autorizar un TRASLADO SEGURO** que no ponga en riesgo la vida del paciente. (Como consta en los procedimientos de autorización se solicita pero se suspende la autorización de traslado por las condiciones de base). Por lo cual se actúa bajo los principios éticos de beneficencia y no maleficencia no exponiendo al paciente a un riesgo mayor."⁴³ - se destaca-

A partir de lo anterior se puede concluir lo siguiente:

Lo primero será destacar que contrario a lo opinado por la parte actora, el HSR de Tunja **si estaba en capacidad de atender la cirugía** de urgencia que requería BLANCO RAMIREZ, no obstante, la inexistencia de la subespecialidad de cirugía vascular motivó en la familia el deseo de que recibiera la mejor atención posible, razón por la cual **se opuso** a su realización en la ciudad de Tunja o por los cirujanos generales buscando una incierta contrarreferencia.

Esta situación implica que, aunque asistía el derecho del paciente para acceder a la mejor atención posible, **en principio la NUEVA EPS cumplió con la oferta básica, necesaria o esencial ante el requerimiento de salud urgente que debía dispensarse al señor RICARDO BLANCO RAMIREZ**, por ende, desistir de él (cirugía en institución de III nivel, habilitada para el procedimiento), genera la asunción de un riesgo propio que se nutre por el agotamiento del tiempo para la materialización de la intervención, el incremento de las posibilidades de muerte en el traslado o que incluso el compromiso vital del paciente impidiera la autorización de viaje y en últimas que el nivel de ocupación generara la imposibilidad de atención oportuna del paciente.

De esta manera aunque en la demanda se refiere que la actora intentó directamente una atención en Tunja en la Clínica Medilaser, de ello no existe prueba en el proceso, no obstante sí, del cumplimiento del designio de la actora para intentar la contrarreferencia sin éxito, lo cual habría motivado en función del posterior agravamiento del paciente que no se autorizara su traslado.

Ahora bien, como segunda reflexión, debe apreciarse que lo relevante es que, más allá de que pudiera atribuirse una hipotética demora a la EPS en autorizar el traslado, pese a que en la ESE

⁴³ Folio 211

HOSPITAL SAN RAFAEL existían profesionales para la realización de la cirugía, esa eventual tardanza no explica la muerte, pues la causa del deceso del señor RICARDO BLANCO RAMÍREZ no obedece *per se* al tiempo de agotamiento de estas diligencias queridas por la parte actora, sino a las complicaciones de las patologías que presentaba el paciente, se repite: Aneurisma de Aorta Abdominal con diámetro > a 8cm; Aneurisma de Arteria Iliaca común izquierda > a 5 cm; fistula Iliaco-Entérica, todas estas con un serio compromiso vital.

Considera el Juzgado que existió por parte de la parte actora una dilación en la realización de la cirugía que requería el paciente de forma urgente; y que como se mencionó líneas arriba se extendió en 17 horas para atender su solicitud, no obstante tampoco puede atribuirse la causa de la muerte a esta acción, pues descontada la buena intención de la señora esposa del hoy occiso, simplemente el curso natural de esta enfermedad altamente mortal se ofrecía irreversible ante la ruptura del aneurisma, de tal manera que no siendo un procedimiento diferente u optativo el existente para el tratamiento del AAA que la cirugía, ésta debía intentarse en la Institución avalada para ello, aunque no contara con la subespecialidad, porque representa a no dudarlo el agotamiento de todo cuanto es posible para tratar de salvar la vida del señor RICARDO BLANCO RAMIREZ, ya en curso de muerte por lo ampliamente explicado.

Corolario.

En conclusión, sin la demostración de los elementos fundantes de la responsabilidad dentro del régimen subjetivo, especialmente la falla, procede un fallo adverso a las pretensiones enlistadas por los actores.

Empero se adicionara para concluir, que innegablemente el señor RICARDO BLANCO RAMIREZ, cursaba con un problema vascular desde hacía bastante tiempo (años), amén de las tasas de crecimiento de aneurisma que señalan la paulatina pero progresiva complicación de esta enfermedad, que los porcentajes de mortalidad del AAA son extremadamente altas entre el 40-70% aun con detección y manejo adecuado; esperanzas que se ven casi extinguidas cuando como en este caso, existían signos de ruptura y se trataba de una fistula iliaco entérica, en el contexto de un adulto mayor de 73 años.

Esto para señalar que el señor BLANCO RAMIREZ, era aquejado por una patología compleja y altamente mortal que además se expresó primeramente (sangrado) de una forma inusual y poco común que orientó válidamente el diagnóstico y tratamiento hacia una clásica HDVB, apareciendo los demás síntomas de AAA con el agravamiento del paciente, sin que el re direccionamiento del dx pudiera ser capaz de frenar el proceso natural o el decurso de la enfermedad hacia la muerte; resultado que no se sabe si podría finalmente haberse evitado incluso si su signos clínicos hubiesen aparecido desde la primera atención por la alta mortalidad registrada o si la cirugía se hubiese realizado 17 horas antes o en un centro médico con la subespecialidad en cirugía vascular

No advirtió el Despacho en este caso que los galenos del HSR de Tunja hubieran procedido de manera equivocada o tardía, ni que su comportamiento favoreciera o produjera el desenlace; asiste razón a la demandada al sostener que la responsabilidad del médico es de medio y no de

resultado, lo cual en el caso concreto suponía, el deber de dispensar todo conocimiento, tratamiento y apoyo diagnóstico para establecer la causa de la enfermedad para que el paciente logre la recuperación de su salud o el nivel más cercano posible, pero desde luego que no tienen deber evitar la muerte al señor BLANCO RAMIREZ cuando el decurso natural de la enfermedad a ello conduce, su causa permanece oculta y no admite ningún paliativo o proceso que puedan revertirla.

Desde luego que hubiera sido deseado contar en el HSR de Tunja, en Boyacá o en una ciudad cercana la subespecialidad en cirugía vascular, no obstante esos requerimientos, no comprometen la responsabilidad de las demandadas de un lado porque no se acreditó que la ESE demandada tuviera obligación de ofertar dicho servicio acorde al III nivel de atención habilitado, como tampoco que la NUEVA EPS no hubiera garantizado el servicio básico de cirugía, que se podía como en efecto se dispuso en el HSR de Tunja, de allí que los promotores rechazaron un servicio disponible y optaron por tratar de acceder a una atención con subespecialidad sin éxito, lo cual en todo caso no puede achacarse a la EPS demandada sino al escaso tiempo que quedaba al paciente para que el decurso natural de la enfermedad cobrara su vida, lo que ante su agravamiento evidenció, la reconsideración de la decisión de disenter del procedimiento inicialmente ofrecido.

Bajo estas consideraciones ninguno de los tres cargos de falla logra acreditación, siendo la ocasión para memorar una vez más, que la carga demostrativa incumbía a la parte actora y que no hay en el acervo pruebas médico-científicas que aportadas por ella, lleven al Despacho a las conclusiones que se sugirieron en el libelo; casi la totalidad de la prueba analizada es de descargo y ella permite a los demandados exonerarse de responsabilidad pues combaten la imputación de manera prolija y nutrida sin que se sostenga ninguna de las sindicaciones enrostradas.

Por lo demás, no será necesario examinar la relación jurídica propuesta entre la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA y los llamados en garantía LA PREVISORA S.A. y la C.T.A. CIRUJANOS DE BOYACA, ya que al no prosperar las pretensiones de la demanda no existe fundamento jurídico para determinar si es viable a la ESE repetir por una condena no impuesta.

4.7. Costas.

Teniendo en cuenta la actitud asumida por las partes, de acuerdo con lo establecido en el artículo 55 de la ley 446 de 1998 que modifica el artículo 171 del C.C.A., y dado que no se evidencia temeridad ni mala fe de las partes, el Juzgado se abstendrá de condenar en costas.

En mérito de lo expuesto, el **Juzgado Décimo Administrativo del Circuito de Tunja**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

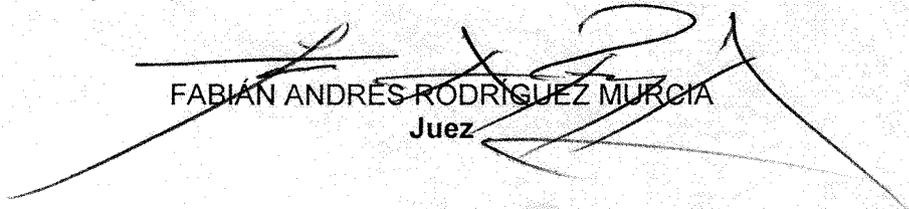
FALLA:

- 1. Niéguese** las pretensiones de la acción de reparación directa promovida por YAKELINE MORA ARIAS y sus hijas SLENDY KATERINE BLANCO MORA y GERALDINE ANDREY

BLANCO MORA en contra de la E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA y la NUEVA E.P.S. de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.

- 2. Se releva el Juzgado de analizar el llamamiento en garantía efectuado por la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA, respecto a la COMPAÑÍA DE SEGUROS LA PREVISORA S.A y la COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO CIRUJANOS DE BOYACA, por lo expuesto.
- 3. Sin condena en Costas.
- 4. En firme esta sentencia archívese el expediente dejando las constancias y anotaciones de rigor

Cópiese, notifíquese y cúmplase.


FABIÁN ANDRÉS RODRIGUEZ MURCIA
Juez

JUZGADO DECIMO ORAL ADMINISTRATIVO
 TUNJA
 NOTIFICACIÓN POR ESTADO
 EL AUTO ANTERIOR SE NOTIFICO POR ESTADO
 NO. 25 DE HOY 29/09/2017
 SECRETARÍA



JUZGADO DECIMO ADMINISTRATIVO ORAL DE TUNJA

Tunja, 27 SEP 2017

Demandante : WILSON BARBOSA RODRIGUEZ
Demandado : MUNICIPIO DE TUNUNGUA
Expediente : 150013331706-2012-00005
Medio de control : REPARACION DIRECTA

Visto el informe secretarial que antecede, ingresa el expediente al Despacho para resolver memorial presentado el 4 de agosto de 2017 (fl. 292-293).

A folio 290 obra poder otorgado por el señor JOSE DEL CARMEN BARRERA PASTRAN a la abogada SANDRA MILEYDI SANCHEZ RODRIGUEZ, y se solicita reconocer personería para actuar.

Observa el Despacho que el memorial que antecede, no se encuentra acompañado de los documentos que acrediten que el señor JOSE DEL CARMEN BARRERA PASTRAN es el representante legal del municipio de Tununguá Boyacá, en virtud de lo dispuesto en el artículo 149 del CCA., razón por la cual el Despacho se abstiene de reconocer personería jurídica para actuar dentro del sub-judice.

De otra parte, fue presentado memorial (fl. 292-293) suscrito por SANDRA MILEYDI SANCHEZ RODRIGUEZ, a través del cual solicita al Despacho correr traslado a la parte demandante del acuerdo de pago propuesto por el municipio de Tununguá para su análisis y correspondiente pago; si bien es cierto el despacho no reconoció personería para actuar, es importante no perder de vista además, que esta instancia carece de competencia para entrar a resolver de fondo la solicitud en cuestión, debido a que el proceso ya se encuentra finalizado, y son otras las autoridades ya sean administrativas o judiciales las llamadas a entrar a dirimir esta clase de situaciones o servir de facilitadores de la conciliación (procuraduría); en consecuencia, se abstendrá de dar trámite.

Por lo expuesto se resuelve:

- 1. Abstenerse de reconocer personería para actuar a SANDRA MILEYDI SANCHEZ RODRIGUEZ por las razones expuestas.
2. Abstenerse de dar trámite a la solicitud presentada por SANDRA MILEYDI SANCHEZ RODRIGUEZ, en virtud de lo indicado precedentemente.

Notifíquese y cúmplase

FABIÁN ANDRÉS RODRÍGUEZ MURCIA
JUEZ

JUZGADO DÉCIMO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO JUDICIAL DE TUNJA
El auto anterior se notificó por Estado Nro. 25 del 29/09 de 2017, en la cartelera del Juzgado siendo las 8:00 A.M.
EMILSE ROBLES GONZALEZ
SECRETARIA