



JUZGADO CUARTO ADMINISTRATIVO DE FLORENCIA, CAQUETÁ

Florencia, 30 de junio de 2020.

MEDIO DE CONTROL:	RAPARACIÓN DIRECTA
RADICADO:	18001-33-33-752-2014-00198-00
DEMANDANTE:	ERMINSUL MONTIEL BARRERO Y OTROS
DEMANDADO:	ESE SOR TERESA ADELE Y OTROS
SENTENCIA No	60-06-238-2020

1. OBJETO DE DECISIÓN.

Agotadas las etapas procesales correspondientes a la instancia y no observando causal de nulidad que invalide lo actuado, decide el Juzgado Cuarto Administrativo de Florencia, Caquetá sobre el fondo del asunto.

2. DE LA DEMANDA. (Folio 115-140)

2.1. PRETENSIONES.

Los señores ERMINSUL MONTIEL BARRETO, BETHZABE MONTIEL BARRETO, quien actúa en nombre propio y en nombre y representación de los menores ANDERSON VARON MONTIEL, YEFFERSON VARON MONTIEL y JHOAN FELIPE MONTIEL BARRETO; EDERSON JAVIER MONTIEL BUSTOS, CONSOLACIÓN BARRETO DE MONTIEL, JOSE NOLBERTO MONTIEL BARRETO quien actúa en nombre propio, y en nombre y representación de YEFFERSON MONTIEL NORIEGA; MARGARITA MONTIEL BARRETO quien actúa en nombre propio y en nombre y representación de los menores ANDREA KATHERINE YATE MONTIEL, KEVIN ALEXIS YATE MONTIEL y CONSTANZA VARON MONTIEL; JORGE ELIECER MONTIEL BARRETO quien actúa en nombre propio y en nombre y representación de los menores, HAROLD MONTIEL URRIAGO, RONALD MONTIEL URRIAGO, JORGE ALEXANDER MONTIEL URRIAGO; Y MARÍA ELICENIA MONTIEL BARRETO y por intermedio de apoderado judicial en ejercicio del medio de control de reparación directa solicita que se declare responsable patrimonial y administrativamente a la ESE SOR TERESA ADELE y la ASOCIACION MUTUAL LA ESPERANZA ASMET SALUD ESS por hechos ocurridos en las instalaciones la ESE el día 17 de mayo de 2013, en donde se dejó caer de la camilla al señor ADRIANO MONTIEL (QEPD), ocasionándole una herida frontal.

Que, como consecuencia de lo anterior, se condene a las entidades demandadas a pagar solidariamente a favor del demandante los perjuicios, materiales e inmateriales solicitados, sumas que deberán ser debidamente actualizadas e indexadas conforme a la evolución del índice de precios al consumidor; así como también condenarlos en agencias en derecho, costas, costos que genere el presente proceso a la parte demandada y ordenar el cumplimiento de la sentencia en los términos de Ley.

2.2. HECHOS.

Señala que el día 17 mayo de 2013, siendo aproximadamente las 8:00 P.M, ingresa el señor ADRIANO MONTIEL, al Hospital ESE SOR TERESA ADELE, con sede en el Municipio de El Paujil Caquetá; siendo atendido por el Dr. SAUL ANDRÉS VARGAS LÓPEZ, quien reporta “*ingresa paciente con cuadro clínico de 16 horas de evolución de deterioro gradual, neurológico, dado por disminución de la fuerza en hemicuerpo derecho, acompañado de desorientación en tiempo y espacio, dificultad para la marcha, agrega polaquiuria e incontinencia urinaria*”.(Negrilla fuera del texto original).

Pasadas las 10:00 P.M., y debido a la incontinencia urinaria que presentaba el señor ADRIANO MONTIEL, el médico tratante, le solicita a la acompañante BETHZABE MONTIEL BARRETO (hija), que consiga pañales para el paciente, quedando éste en compañía de la enfermera de turno y el galeno; manifiestan que una vez la acompañante regresa al centro hospitalario, encontró a su padre con una herida frontal profunda y gaza; al



preguntar a los enfermeros lo sucedido, éstos responden que el señor MONTIEL, intento voltearse en la camilla y se golpeó con la pared.

Siendo las 22:50 P.M., del mismo día el profesional de la salud consigna en historia clínica *“paciente quien se torna inquieto e intenta levantarse, pero debido a su condición clínica no puede y en el intento presenta caída desde la camilla, con trauma en cabeza en región frontal con herida pequeña, con hemorragia escasa, sin pérdida de la conciencia, se revalora y no se encuentran cambios nuevos agregados a su patología”*.

Manifiesta que al presentarse la caída del señor ADRIANO MONTIEL, el galeno SAUL VARGAS, ordena suturar la herida causada a raíz de la caída de la camilla, consignando en la historia clínica *“suturar herida en región frontal, previa asepsia y antisepsia mediante infiltración con lidocaína se realiza sutura de herida en región frontal con prolene 4-0, con puntos separados, #4, con adecuada hemostasia, sin complicaciones”*.

Manifiesta que el mismo día 17 de mayo de 2013, en horas de la noche el galeno SAÚL ANDRES VARGAS LOPEZ, ordena la remisión del señor ADRIANO MONTIEL, a un hospital de mayor nivel en la ciudad de Florencia – Caquetá, toda vez que el centro Hospitalario del Municipio de El Paujil, no puede brindarle la atención requerida; siendo esta aceptada por parte de la ESE de Florencia, haciéndose efectiva el 18 de mayo de 2013, después de las 7:00 AM., sin que se observe por parte del galeno del Hospital Sor Teresa Adele E.S.E., sede El Paujil, que se intentara remisión a otro Centro Clínico u Hospitalario de un mayor nivel de complejidad atendiendo el sistema de referencia y contra-referencia, dada la gravedad de la patología presentada por el paciente, agravada por la caída.

El día 18 de Mayo de 2013, siendo las 6:20, estando aun en el Hospital Sor Teresa Adele ESE, sede El Paujil, el señor ADRIANO MONTIEL (Q.E.P.D.) es atendido por el mismo medico Dr. SAÚL ANDRES VARGAS LOPEZ, quien consigna en la historia Clínica *“se revalora paciente y se evidencia mejoría de su cuadro clínico, mayor articulación de palabras, y aumento en el tono muscular en hemicuerpo derecho, no se descarta la posibilidad de un accidente isquémico transitorio”*.

Se consigna dentro de la historia clínica como nota de enfermería *“me desplace a la ciudad de Florencia, a realizar acompañamiento personalizado al usuario, de 88 años de edad. Durante el recorrido usuario sin cambios, comunicativo, afebril, se toma signo vital PA 120/70, se hace entrega en el Hospital María Inmaculada, toco esperar turno porque el servicio estaba congestionado, es recibido por el médico de turno, y queda usuario en silla de ruedas, orientado y comunicativo, acompañado por la hija, sin complicaciones”*. Siendo atendido por el personal médico general del Hospital María Inmaculada a las 8:15 A.M., consignándose *“paciente de 88 años de edad con cuadro de 36H de hemiparesia de cuerpo derecho que ya se ha recuperado hace 12 H es remitido para estudio al ingreso paciente senil hipoacusia no colaborador por su sordera con disminución de fuerza muscular en hemicuerpo derecho refiere familiar que anoche sufrió caída en el hospital TCE con herida Frontal”*.

En razón a lo anterior, es valorado por neurocirugía en donde se concluye que es necesario realizarle procedimiento quirúrgico al señor Montiel.

El día 19 de mayo de 2013, siendo las 12:45, la Neurocirujana Dra. NATALIA HERNANDEZ SEGURA, rinde informe quirúrgico, en donde especifica ***“DX PREQUIRURGICO: HEMATOMAS SUBDURALES CRONICOS BILATERALES CON SIGNOS DE RESANGRADO. CIRUGIA REALIZADA: craneotomía para drenaje de hematoma subdural crónico hemisferio derecho, craneotomía para drenaje de hematoma subdural crónico hemisférico izquierdo.*** Posición decúbito dorsal, bajo anestesia general, con la cabeza en neutro, previa asepsia y antisepsia, colocación de campos quirúrgicos, se realizan incisiones en región parietal izquierda y derecha, se hace desperiostización con rugina, se realizan agujero de trepanación con bisturí de hueso (fresa para motor legend), se realiza hemostasia con bipolar y cera ósea, se realiza apertura de duramadre al lado derecho y luego al izquierdo, se drena hematoma subdurales crónicos derecho de aproximadamente 80 CC izquierdo 70 CC aproximadamente se lava con solución salina se deja sonda nelaton número 10 en espacio subdural, la cual se fijan por contraventura a piel y se conectan al sistema cerrado al lado derecho y otra al lado izquierdo. Cierre por planos con vicryl 3-0 y piel prolene 3-0”. (subrayado y negrilla fuera de texto original).



Señala que uno de los factores que incrementa el riesgo de sufrir un hematoma subdural crónico, es una caída fuerte y como se evidencia, el señor ADRIANO MONTIEL (Q.E.P.D), contaba con 88 años de edad, convirtiéndolo en una persona débil y vulnerable ante cualquier accidente.

Qué como consecuencia de los hechos anteriormente narrados, el día 24 de mayo de 2013, siendo las 16:50 horas; muere el señor ADRIANO MONTIEL (Q.E.P.D.), en el Hospital María Inmaculada de la Ciudad de Florencia.

2.3. FUNDAMENTOS DE DERECHO.

- artículos 1, 2, 6, 12, 15, 29, 83, 90 y 228 de la Constitución Política.
- Artículos 2341 y siguientes del Código Civil Colombiano.
- artículo 8 de la Ley 153 de 1887.
- artículo 140 del CPACA.

3. CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA.

3.1. ASOCIACIÓN MUTUAL LA ESPERANZA ASMET SALUD ESS. (folio 186-221)

Señala que se opone a las pretensiones de la demanda, solicitando no acceder a las mismas, y por el contrario se condene en costas a la parte accionante, por los gastos injustificados en que se llegue a generar.

En cuanto al régimen de imputación, señala que el apoderado hace alusión a la pérdida de la oportunidad, sin embargo, estima que no comparte tal apreciación por cuanto ésta nunca se presentó como quiera que la caída padecida por el señor ADRIANO MONTIEL, no tuvo ningún efecto en la deteriorada salud del paciente, gravedad que fue lo que al final causó el deceso de éste, como se acredita a lo largo del proceso.

De igual manera, pone de presente que, en los casos de responsabilidad médica, la pérdida de la oportunidad corresponde al de falla probada en el servicio, obligando a la actora a acreditar la supuesta falla en el servicio en que se haya incurrido por las entidades demandadas.

Como argumentos de defensa, trae a colación unas excepciones de mérito, frente a las cuales no referiremos a continuación:

- **Inaplicación por falla del servicio en virtud de que ASMET SALUD EPS-S es una entidad de derecho privado.**

Una vez hace un análisis del artículo 90 de la CN y de la evolución jurisprudencial y doctrinaria de la falle en el servicio, concluye que como se observa uno de los requisitos indispensables para acreditar la responsabilidad del estado, es que exista una entidad estatal, situación que no ocurre, si se tiene de presente que ASMET SALUD es una entidad de derecho privado, prueba de ello el certificado de existencia y representación legal.

- **Inexistencia de actuación antijurídica en la prestación de los servicios de salud requeridos por el señor ADRIANO MONTIEL.**

Señala que la responsabilidad que quiere endilgar la parte actora, se funda en una caída presentada por el señor ADRIANO MONTIEL en la ESE Sor Teresa Adele, el día 17 de mayo de 2013, traduciéndolo en una pérdida de la oportunidad y en una falla médica por la tardía remisión a un hospital de mayor nivel; no obstante pese a que la ESE es una institución de baja complejidad, del servicio prestado al señor, se puede extraer que fue una atención requerida y que no se estableció un servicio negligente.

Reitera que la caída no tuvo ninguna consecuencia respecto de la patología que MONTIEL presentaba, tal como consta en las anotaciones de la historia clínica, en la cual expresamente se señala que el accidente no generó cambio agregados a su patología, es decir que la caída no fue eficiente del daño, como tampoco le restó posibilidades en su recuperación, la cual se encontraba sumamente deteriorada debido al hematoma subdural crónico bihemisférico que padecía desde tiempo atrás.



En lo que atañe a la demora en el traslado, manifiesta que no es cierto, por cuanto el paciente ingresó a la institución de salud a las 22:00 y la solicitud de traslado se hizo sólo pasado 20 minutos, ahora que la materialización se haya hecho al día siguiente, se debió a que la ESE MARÍA INMACULADA, autorizó la admisión del paciente, pero sólo hasta al día siguiente a las 07:00 de la mañana, del día siguiente.

- **Inexistencia de responsabilidad civil atribuible a ASMET SALUD ESS EPSS en virtud de la inexistencia de actuación antijurídica atribuible a ASMET SALUD ESS EPSS y, en consecuencia, del nexo causal entre el acto imputado y el daño acusado.**

Manifiesta que al ser una entidad privada como se adujo anteriormente, la responsabilidad se debe analizar desde el punto de vista del artículo 2341 del CC, es decir que debe haber un acto que se imputa, un daño y una relación de causalidad entre los dos primeros, es decir que ASMET SALUD ESS EPSS sólo podría ser considerado como responsable, en el evento que se llegare a probar que en el presente caso actuó de manera negligente en la atención requerida por el señor ADRIANO MONTIEL y que tal actuación fue la causa que generó el daño al afiliado y a sus familiares, no obligados a soportarlos.

Al hacer una análisis de las presuntas fallas o negligencias, para manifestar que las actuaciones antijurídicas para con ASMET SALUD, se debe enmarcar de las obligaciones que le recaen como Entidad Promotora de Salud, en donde su única obligación es la de garantizar la prestación del servicio de salud a través de la contratación de prestación del servicio con diferentes instituciones prestadoras del servicio en salud, para de esta manera establecer que los actuaciones que se quieren endilgar son completamente de la autonomía y responsabilidad de la IPS; no sin antes reiterar que fue la enfermedad del paciente la que hacía que tuviera muy deteriorada su salud, al cual fue la causa de la muerte y que de que no fuera posible su recuperación, lo que conlleva a que la conducta de la ESE no esté viciada, por lo que la conducta antijurídica señalada por los demandantes no tengan asidero o carece de fundamento para tenerla por cierta.

- **Inexistencia de una actuación antijurídica causante del fallecimiento del señor ADRIANO MONTIEL en atención a que obedeció a la evolución propia de la patología que padecía.**

Después de hacer un análisis de las anotaciones de la historia clínica del paciente MONTIEL, aduce que el hematoma subdural crónico bihemisférico es de alto grado de presencia de las personas mayores, como consecuencia de golpes o traumas en la cabeza que haya padecido con anterioridad, en donde el factor de riesgo se incrementa cuando tiene un avanzada edad, como ocurría con el paciente el cual contaba con 88 años de edad, en donde la patología se encontraba avanzada lo que obligaba a la práctica de una cirugía la cual implicaba muchísimos riesgos para la vida de éste, es decir, que la causa que genera la muerte del citado paciente correspondió a su propia patología que sobrellevaba desde tiempo atrás.

- **Cumplimiento por parte de ASMET SALUD de las disposiciones legales que regulan el sistema de seguridad social en salud en el ámbito del régimen subsidiado desde la afiliación del señor ADRIANO MONTIEL.**

Resalta en que ASMET SALUD, ha garantizado la presentación de los servicios de salud al señor ADRIANO, contenidos en el plan obligatorio de salud Régimen Subsidiado a través de la contratación que se haga con las diferencias Institucionales Prestadores del Servicio, obligación que fue asumida desde el momento de la afiliación, prueba de ello es que nunca existió una negación u obstaculización en la prestación de los servicios de salud, tanto así que en el líbello de la demanda no existe cargos concretos encontrar de la EPS; quedando en evidencia en que ha venido cumpliendo con las obligaciones legales frente a la garantía de la prestación del servicio incluidos en el POS y por ende no existe un incumplimiento legal que tenga nexo causal con el presunto daño por la parte demandada.

- **Inexistencia de responsabilidad ASMET SALUD EPS-S respecto de la calidad de los servicios prestados en la ESE Sor Teresa Adele de El Paujil en virtud de que**



mi representada actuó con diligencia y obediencia legal al momento de la contratación con dicha entidad.

Señala que las contrataciones con las IPS se han realizado de manera responsable, siguiendo los lineamientos establecidos en la normatividad que rige el SSS, la cual busca la protección de los afiliados al momento de la prestación efectiva del servicio de salud por parte de las Entidades de salud, verificándose que las ESE-s estuvieran debidamente habilitadas para prestar los servicios contratados.

De igual manera, manifiesta que se ha cumplido por parte de las IPS con las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera de la capacidad técnica administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el SSS.

- Inexistencia de solidaridad entre ASMET SALUD EPS-S y la ESE Sor Teresa Adele De El Paujil, sobre el presunto daño causado al señor ADRIANO MONTIEL:

Señala que en los contratos de prestación de servicios prestados para con las IPS, en este caso con la ESE Sor Teresa Adele, se acordó una cláusula de exclusión de cualquier tipo de responsabilidad solidaria, por lo que no es posible atribuir responsabilidad a ASMET SALUD EPS-S, por actuaciones presuntamente antijurídicas realizadas por parte de la IPS, máxime que entra estas entidades no hay solidaridad en las responsabilidades que puedan reclamar terceros, por lo que de encontrarse alguna clase de responsabilidad, esta no puede endilgarse y menos por solidaridad.

- Inexistencia del daño alegado por los demandantes argumentando mala atención médica por ser supuesto daño consecuencia del actuar del paciente.

Aduce que de acuerdo a la historia clínica del señor MONTIEL, se puede evidenciar que era un paciente que padecía de una patología crónica, de la cual se ha venido haciendo referencia a lo largo de la contestación, por lo que la muerte acaecida es consecuencia del proceso de evolución de su enfermedad y falta de recuperación en el post quirúrgico debido a su avanzada edad, en donde pese al manejo médico y de la cirugía, irremediablemente conllevó a tal insuceso.

Aunado a lo anterior, manifiesta que el paciente no frecuentaba los servicios médicos, tendiente a identificar oportunamente su patología y a controlar los efectos nocivos de la misma lo que a la postre ocasionaron su muerte, dejando entrever a las voces de la demandada, como un acto de irresponsabilidad en el cuidado de su salud por parte de ADRIANO MONTIEN, siendo él la primera persona encargada de ello, tal como lo consagra el artículo 160 de la Ley 100 de 1993; por lo que no asistía a los servicios médicos en aras de apelar los efectos de su enfermedad, lo anteriormente evidenciado en la historia clínica, sin dejar de lado la avanzada edad del señor, que dificultó la recuperación.

- Falta de legitimación en la causa por pasivo material debido a que ASMET SALUD no participó en la presunta falla.

Señala que tal como lo ha señalado la jurisprudencia para que se endilgue responsabilidad administrativa, en el medio de control de reparación directa, es necesario que se pruebe que participó de manera directa en la falla y el daño, sin embargo eso no ocurrió, en donde si se analiza la demanda basta con ver los hechos para encontrarse que sólo se hace referencia a las acciones desplegadas por parte de la ESE SOR TERESA ADELE, sin que se censure conductas de la Entidad a la que representa por lo que solicita se declare probada ésta excepción también.

3.2. ESE SOR TERESA ADELE. (Folio 267-276)

frente a los hechos, estima que la atención médico asistencial prestado en el servicio del Hospital, el cual era un paciente de 88 años de edad, con cuadro clínico de 16 horas de evolución con deterioro gradual, neurológico, dada su disminución de la fuerza en hemicuerpo derecho, acompañado de desorientación en tiempo y espacio con dificultad para caminar, siendo atendido por urgencias y luego dejándolo en observación; que pasada unas horas el paciente se torna inquieto e intenta levantarse, sin embargo debido a su condición



clínica y a sus antecedentes de vértigo lo hacía propenso a su caída de la camilla en observación, presentando un leve trauma en la cabeza con herida pequeña, con hemorragia escasa, sin pérdida de la conciencia.

Que previó a hacerse efectivo el traslado del paciente, se evidenciaron mejoría en su cuadro clínico, mayor articulación de palabras y aumento de tono muscular en hemicuerpo derecho, dejando expresa constancia que al ingreso del paciente a nivel estaba orientado y comunicativo.

Señala que cuando llegó a la ESE de segundo nivel, fue valorado por medicina interna y reporta enfermedad cardiovascular antigua, en donde no hubo un evento de urgencia vital para ordenar ser operado inmediatamente; si bien se verifica la caída de la camilla, lo cierto es que no necesariamente es la causa de su fallecimiento, como quiera que en la historia clínica se dejó una anotación de la neurocirugía quien diagnostica hematomas subdurales crónicos bilaterales.

Aduce que no hay prueba dentro del expediente que le de sustento a lo señalado por el apoderado, cuando manifiesta que debido a la caída de la camilla diera como resultado que se agravara su estado de salud, tan es así que lo único que se observa en el documento público es que la patología por la que llegó no presentaba nuevos síntomas agregados.

En adelante es reiterativa la defensa del apoderado de la Entidad, que la caída de la camilla no fue la causante de su muerte, como tampoco le restó posibilidad de vida, siendo una mera suposición de la actora.

En razón a lo anterior, se oponen a las pretensiones de la demanda, al carecer de valor probatorio que lleve al pleno convencimiento de la responsabilidad, de la existencia del nexo causal entre el hecho generador y el desarrollo de la atención médica asistencial brindada por la ESE SOR TERESA ADELE sede El Paujil.

Como conclusión de lo anterior, propone la excepción de *ausencia de nexo causal entre el daño sufrido y la prestación del servicio de salud por la entidad demandada ESE Sor Teresa Adele de El Paujil.*

4. LLAMAMIENTO EN GARANTÍA.

En la contestación de la demanda la ASOCIACIÓN MUTUAL LA ESPERANZA ASMET SALUD ESS, llamó en garantía a la ESE Sor Teresa Adele (folio 1-4 C. Llamamiento en Garantía), el cual fue admitido por parte del Juzgado mediante proveído el 16 de diciembre de 2016, notificándose a la Entidad.

4.1. ESE SOR TERESA ADELE. (Folio 81 – 90 C. Llamamiento en Garantía)

Dentro de la oportunidad procesal, la Entidad contestó el llamamiento en garantía, reiterando lo manifestado en la contestación de la demanda.

5. ALEGATOS DE CONCLUSIÓN.

5.1. Parte actora (508-518 C.2.)

Reitera que lo solicitado por la parte actora, se enmarca en el régimen de responsabilidad estatal por pérdida de la oportunidad o del chance, lo cual fue manifestado desde el líbello demandatorio, así mismo, estima que no ha dejado de lado la grave patología presentada por el paciente y las especial situación de vulnerabilidad del señor MONTIEL, como lo era su avanzada edad de 88 años, pese a ello, manifiesta que se le aumento a su patología el hecho de dejarlo caer de la camilla estando al cuidado del personal médico el día 17 de mayo de 2013.

Del material probatorio, aduce que con el dictamen pericial rendido por parte del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, quedo acreditado y específicamente con la pregunta 5, que el evento adverso para con el señor ADRIANO MONTIEL, se presentó en la atención recibida en la ESE SOR TERESA ADELE, lo que constituye en una falla estructuradora de responsabilidad administrativa y patrimonial.



Reitera que tal como quedó consignado en la historia clínica el motivo de ingreso del paciente fue grave, tan es así que se decidió remitirlo bajo la sospecha de un accidente isquémico vs hemorragia, situación delicada para una persona de 88 años, no obstante dicha situación hacía que se aplicaran con más rigurosidad los protocolos de seguridad del paciente.

Estima que con el testimonio del señor EDUARDO BASTOS CARVAJAL, deja claro que la posibilidad de recuperación que ocasiona un trauma craneoencefálico en un paciente con compromisos cerebrales, tiene influencias negativas en la recuperación, aunado a que esta influencia negativa, puede que no sea observada con un tac o una tomografía, desvirtuando por completo el testimonio de los doctores Edar Simey Campo Olea y Diego Fernando Recio López.

Aduce que las Entidades quieren hacer ver la caída como algo poco y con poca importancia, situación que quedó plenamente desvirtuado con el interrogatorio de Bethzabe Montiel, quien manifestó que la herida del paciente produjo un abundante sangrado y que la herida era grande como se observa en las fotografías.

Hace alusión a que como bien lo señaló el doctor BASTOS CARVAJAL, existen casos en los que los daños ocasionados por traumas craneoencefálicos no son observables mediante tac o tomografías, sin embargo el daño craneoencefálico está, conocida por la literatura médica como efecto coca-cola.

En razón a lo anterior, solicita se acceda a las pretensiones de la demanda, como quiera que el personal médico no cumplió a cabalidad con el objetivo establecido en el protocolo de seguridad y calidad del paciente, establecido por parte del Ministerio de Protección Social, como lo es del *“prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos previsibles, para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente”*

Frene a la EPS, manifiesta que también se le debe endilgar responsabilidad, en el entendido de que no se haya demostrado una sola gestión en el sistema de referencia y contra-referencia desde que el paciente Adriano Montiel ingreso el 17 de mayo de 2018, quedando probado que las mínimas gestiones administrativas fueron realizadas por el médico de urgencias, en donde jamás hubo intervención de la EPS, a la cual se encontraba afiliado, retardando de esta manera el tiempo de una remisión que fue ordenada casi desde el ingreso del paciente.

5.2. ESE SOR TERESA ADELE (folio 496-507)

En su oportunidad reitera los argumentos expuestos en la contestación de la demanda, para concluir que la causa del fallecimiento del paciente y según la propia historia clínica se da como consecuencia de hematomas subdurales crónicos, proviniendo de una enfermedad cerebro vascular; trae como doctrina un artículo de una revista médica del Uruguay, denominada *“prestación clínica del hematoma subdural crónico en adultos: el gran simulador”* señalando que se encuentra demostrado que la verdadera causa de muerte del señor ADRIANO MONTIEL no tiene nada que ver con el golpe o evento adverso que sufriera el paciente dentro de las instalaciones de la ESE, pues científicamente se determina que lo que conllevó a su deceso fue como se dijo el hematoma subdural crónico.

5.3. ASMET SALUD EPS SAS (543-552).

El apoderado de la EPS, realiza unas preguntas que atiende a las excepciones planteadas en la contestación de la demanda, solicitando que éstas, en las que se señala que no se presentó falla en la prestación del servicio de salud por parte de las IPS, deben ser declaradas como probadas.

Aduce que se encuentra demostrado lo siguiente:

- Que el Sr. Adriano Montiel padecía de un HEMATOMA SUBDURAL CRÓNICO.
- Que la enfermedad denominada HEMATOMA SUBDURAL CRÓNICO, no fue consecuencia de la caída sufrida en el Sr. Adriano Montiel, en la ESE SOR TERESA ADELE, como quiera que de acuerdo a la literatura médica es normal que este tipo de patología se presenta en personas de más de 60 años de edad.



- Que la casusa de su muerte, obedeció a la patología que presentaba el paciente, independientemente de la cirugía que le fuera o no practicada.

Por lo que ninguna de las conductas probadas en el proceso, le son reprochables o constitutivas de falla a ASMET SALUD EPS, por lo que no ha incurrido en los hechos dañosos que dan sustento a la demanda, por lo que no se encuentra obligada individual ni solidariamente, a responder por la indemnización deprecada por los demandantes.

Por su parte el Ministerio Público, no emitió concepto dentro del presente asunto.

6. CONSIDERACIONES.

6.1. Competencia.

Este Despacho es competente para dirimir en derecho el presente litigio, en razón a la naturaleza de los hechos, el último lugar de la prestación del servicio, y la cuantía del asunto, de conformidad con los artículos 155, 156 y 157 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo –CPACA-(Ley 1347 de 2011).

6.2. Problema Jurídico.

¿Las entidades demandadas, deben responder por los daños y perjuicios ocasionados a los demandantes por una falla intrahospitalaria o evento adverso, ocurrida el 17 de mayo de 2013, en la que resultó afectado el señor ADRIANO MONTIEL (q.e.p.d)?

6.3. De las excepciones.

Frente a las excepciones propuestas por las entidades demandadas, para el despacho las excepciones propuestas no tienen tal calidad de tal, toda vez que no aluden a hechos nuevos que coarten, limiten, restrinjan o aplacen el nacimiento del derecho a la indemnización que se reclama, sino que aluden a razones de defensa que buscan negar la responsabilidad atribuida a la entidad pública demandada, y la ausencia de la relación causal, por lo tanto se desecharán en este momento y se analizarán de fondo con el asunto, cuando se estudien los elementos determinantes de la responsabilidad.

6.4. Legitimación e interés de las partes.

Dentro del presente asunto demandan:

Demandante	Calidad que Comparece	Poder (Fol)	Acreditación
CONSOLACIÓN BARRETO DE MONTIEL	Esposa	3	42
ERMINSUL MONTIEL BARRETO	Hijo	1	45
BETHZABE MONTIEL BARRETO	Hija	8	46
JOSE NOLBERTO MONTIEL BARRETO	Hijo	4	47
MARGARITA MONTIEL BARRETO	Hija	6	48
JORGE ELIECER MONTIEL BARRETO	Hija	5	49
MARÍA ELICENIA MONTIEL BARRETO	Hija	7	44
ANDERSON VARON MONTIEL	Nieto	151	50
YEFFERSON VARON MONTIEL	Nieto	8	51
JHOAN FELIPE MONTIEL BARRETO	Nieto	8	52
EDERSON JAVIER MONTIEL BUSTOS	Nieto	2	43
YEFFERSON MONTIEL NORIEGA	Nieto	8	53
ANDREA KATERINE YATE MONTIEL	Nieta	6	54
KEVIN ALEXIS YATE MONTIEL	Nieto	6	55
CONSTANZA VARON MONTIEL	Nieta	152	57
HAROLD MONTIEL URRIAGO	Nieto	5	56
RONALD MONTIEL URRIAGO	Nieto	5	58
JORGE ALEXANDER MONTIEL URRIAGO	Nieto	5	59



Conforme lo anterior, a los aquí mencionados les asiste legitimación en la causa por activa, por cuanto se logró demostrar el grado de consanguinidad con la directa perjudicada, ello es ADRIANO MONTIEL (q.e.p.d).

A las entidades demandadas la ASOCIACION MUTUAL LA ESPERANZA - ASMET SALUD EPS SAS -, la ESE SOR TERESA ADELE y el llamado en garantía, les asiste legitimación por pasiva para actuar en la causa, pues se les endilga responsabilidad por los daños causados a los demandantes con motivo de la muerte del señor ADRIANO MONTIEL, y en virtud de los vínculos contractuales adquiridos; respecto al Ministerio Público, le asiste interés por mandato de la ley.

6.5. De la responsabilidad del Estado.

La institución de la responsabilidad del Estado en Colombia, encuentra su fundamento en el artículo 90 de nuestra Constitución Política que a su tenor reza: *“El Estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas. En el evento de ser condenado el Estado a la reparación patrimonial de uno de tales daños, que haya sido consecuencia de la conducta dolosa o gravemente culposa de un agente suyo, aquél deberá repetir contra este”*; del contenido de la precitada norma Constitucional, se desprenden los tres elementos que configuran la responsabilidad Estatal siendo estos, el daño antijurídico, la imputación del mismo a la entidad pública demandada y el nexo de causalidad.

- Régimen de responsabilidad bajo el cual se analizará el caso concreto.

El marco de referencia estimativo para casos como el que aquí se analizará, ha sido definido de tiempo atrás por la jurisprudencia del Consejo de Estado, y reiterado recientemente¹ en estos términos:

“En efecto, tratándose de supuestos en los cuales se discute la declaratoria de responsabilidad estatal con ocasión actividades médico-asistenciales, según jurisprudencia de esta Corporación, la responsabilidad patrimonial que se le atribuye al Estado bien puede ser analizada bajo el régimen de la falla probada del servicio, a lo cual se ha agregado que, en atención al carácter técnico de la actividad médica y a la dificultad probatoria que ello implica, el nexo de causalidad puede acreditarse por diversas vías, en especial mediante la utilización de indicios, que no en pocas ocasiones constituyen el único medio probatorio que permite establecer la presencia de la falla del servicio endilgada.”

Y reitera en pronunciamiento distinto²:

“La jurisdicción de lo contencioso administrativo ha dado cabida a la utilización de diversos títulos de imputación para la solución de los casos sometidos a su consideración, sin que esa circunstancia pueda entenderse como la existencia de un mandato que imponga la obligación al juez de utilizar, frente a determinadas situaciones fácticas, un específico título de imputación. En este sentido, en aplicación del principio iura novit curia, la Sala puede analizar el caso bajo la óptica del régimen de responsabilidad patrimonial del Estado aplicable, de cara a los hechos probados dentro del proceso, sin que esto implique una suerte de modificación o alteración de la causa petendi, ni que responda a la formulación de una hipótesis que se aleje de la realidad material del caso, o que se establezca un curso causal hipotético de manera arbitraria. No obstante que el modelo de responsabilidad extracontractual del Estado colombiano privilegió un título de imputación, la posición de la Corporación en esta época se orienta en el sentido de que la responsabilidad médica, en casos como el presente, debe analizarse bajo el tamiz del régimen de la falla probada, lo que impone no sólo la obligación de probar el daño del demandante, sino, adicional e inexcusablemente, la falla por el acto médico y el nexo causal entre esta y el daño, sin perjuicio de que en los casos concretos el juez pueda, de acuerdo con las circunstancias, optar por un régimen de responsabilidad objetiva.”

Resulta, de lo así puntualizado por el Consejo de Estado, que, por regla general en materia de responsabilidad médica, el análisis debe hacerse bajo la óptica de la falla probada del servicio, bajo la cual compete al demandante probar que el centro médico le causó un daño antijurídico, que incurrió en irregularidades en la prestación del servicio a su cargo, y que dichas irregularidades produjeron el hecho dañoso.

¹ Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección A, Consejera Ponente: María Adriana Marín, 26 de abril de 2018, radicación número: 25000-23-26-000-2004-02010-01(41390).

² Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección A, C.P.: Marta Nubia Velásquez Rico, Bogotá D.C., dieciséis (16) de agosto de dos mil dieciocho (2018), Radicación número: 17001-23-31-000-2009-00001-01(45687).



Respecto del asunto que nos atañe en el presente caso, sobre los deberes de las entidades asistenciales es reprochable y amerita dar noticia a los órganos regulatorios para que se enfaticen medidas de prevención y se adopten políticas públicas que tiendan a que esos accidentes intrahospitalarios no sigan ocurriendo. Pero imputado a título de daño la generación de una lesión traumática por la caída de la camilla, o la agravación de complicación preexistente de origen externo secundaria a un grave accidente, no basta demostrar que se presentó dicha caída sino que en ella radica la causa más probable de la lesión orgánica. Esto es, para que el evento adverso señalado, enteramente imputable a la demandada, adquiera la dimensión de hecho lesivo y genere la obligación de reparar, no es suficiente la infracción al deber objetivo de cuidado; sin nexo causal, no hay responsabilidad patrimonial por la que deba resarcirse.

Dentro del título de imputación falla probada del servicio en asuntos médico - asistenciales, los tres elementos de la responsabilidad (daño, nexo causal y actividad médica) deben resultar acreditados. Si no se logra probar por quien ostenta dicha carga (parte actora), la existencia de un daño producto de la actividad desplegada por el servicio médico, se rompe el nexo causal como elemento de responsabilidad que hace atribuible el daño a la acción u omisión del servicio prestado. Para tales efectos, habrá que determinarse en primera medida, cuál es la causa eficiente en su producción; es decir, si verdaderamente de la actividad de la administración se deriva una consecuencia lesiva susceptible de reparación.

En cuanto a la causa eficiente del daño en asuntos de responsabilidad médica, el Consejo de Estado ha señalado lo siguiente:

“Al margen de las discusiones que se presentan en la jurisprudencia y en la doctrina en relación con el régimen probatorio de los elementos de la responsabilidad patrimonial por los daños que se deriven de la actuación médica del Estado, lo cierto es que existe consenso en cuanto a que la sola intervención -actuación u omisión- de la prestación médica debida no es suficiente para imputar al Estado los daños que sufran quienes requieran esa prestación, sino que es necesario que se encuentre acreditado que esa actuación fue constitutiva de una falla del servicio y que dicha falla fue causa eficiente del daño. En otros términos, si bien de conformidad con lo previsto en el artículo 90 de la Constitución, el derecho a la reparación se fundamenta en la antijuridicidad del daño, no es suficiente verificar que la víctima o sus beneficiarios no estaban en el deber jurídico de soportar ese daño para que surja el derecho a la indemnización, sino que se requiere que dicho daño sea imputable a la Administración, y no lo será cuando su intervención aunque vinculada causalmente al daño no fue la causa eficiente del mismo sino que éste constituyó un efecto no previsible o evitable, de la misma enfermedad que sufría el paciente o de otra causa diferente. También ha señalado la Sala que para que haya lugar a la reparación no es necesario que en todo evento aparezca acreditado que una adecuada prestación del servicio médico asistencial hubiera impedido el daño, porque en algunos casos bastará con establecer que la falla del servicio le restó al paciente oportunidades de sobrevivir o de curarse”³

Analizado lo anterior, se puede concluir que el régimen de responsabilidad a analizar el presente proceso, es el subjetivo, por lo que se deberá acreditar los tres elementos de la responsabilidad estatal, daño, imputación jurídica y nexo causal.

6.5.1. El daño antijurídico

La Constitución Política de Colombia, consagra en su artículo 11 el carácter de “*fundamental e inviolable*” que ostenta al interior del Estado, el Derecho a la Vida. Por su parte, la Declaración Americana de los Derechos del Hombre y el ciudadano, reconoce en su artículo 1, “*el derecho a la vida, seguridad e integridad personal*”, en tanto, la Convención Americana de Derechos Humanos, consagra que “*toda persona tiene Derecho a que se respete su vida*” y que “*nadie podrá ser privado de la vida arbitrariamente*”.

Así las cosas, en primera medida es de indicar que el daño antijurídico es aquel que lesiona un bien patrimonial jurídicamente protegido, ocasionado por la acción u omisión de agentes del Estado que actúan dentro de la órbita obligada de sus funciones, sin que el gobernado tenga la obligación legal o jurídica de soportarlo, es decir, que el Estado en ejercicio de su

³ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia del 18 de febrero de 2010, ponente Ruth Stella Correa Palacio, radicado 52001-23-31-000-1997-08942-01(17866). Ver igualmente, Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia del 20 de abril de 2005, ponente Ramiro Saavedra Becerra, radicado 76001-23-31-000-1994-00151-01(14699)

soberanía y funciones no tiene derecho a causar. Además, dicho daño debe ser individual, injusto, efectivo y evaluable patrimonialmente.

En el presente caso, se procederá a su análisis, por ser el primer elemento constitutivo de responsabilidad, refiriéndonos a la trasgresión del derecho a la vida de la paciente, que para el caso en concreto, el mismo se encuentra acreditado a través de la historia clínica de la paciente expedida por la Entidades que los atendieron, es decir, la ESE Sor Teresa Adele y la ESE Hospital María Inmaculada de Florencia, obrante a folio 62-114 c.1; así como también el registro civil de defunción⁴ con indicativo serial N° 07293045, según el certificado médico de defunción de fecha 24/05/2013, sin embargo, su configuración no significa determinar la responsabilidad del Estado, dado que es necesario que se configuren los demás elementos de la responsabilidad.

En igual sentido, debe señalarse que la parte actora no se circunscribió exclusivamente a identificar el hecho dañoso con la muerte del señor ADRIANO MONTIEL sino que también expuso, como configurativo del mismo, la pérdida de la oportunidad de recuperarse, junto con la oportuna prestación del servicio de salud.

6.5.2. Imputabilidad.

Previo a adentrarnos a examinar lo atinente a este elemento de la responsabilidad, es necesario hacer un análisis de los elementos probatorios, allegados al plenario.

- Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente, realizado por el Ministerio de la Protección Social, de noviembre de 2008. (CD obrante a folio 41 del expediente)

En dicho lineamientos encontramos los siguientes conceptos, a tener en consideración.

SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD.

Una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales.

RIESGO.

Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

EVENTO ADVERSO.

Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles:

- **EVENTO ADVERSO PREVENIBLE**
Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.
- **EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE**
Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

SISTEMA DE GESTIÓN DEL EVENTO ADVERSO.

Se define como el conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión de una falla a la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias.

⁴ Fl. 60 c.1



ACCIONES DE REDUCCIÓN DE RIESGO.

Son todas aquellas intervenciones que se hacen en estructuras o en procesos de atención en salud para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso. Tales acciones pueden ser proactivas o reactivas, proactivas como el análisis de modo y falla y el análisis probabilístico del riesgo mientras que las acciones reactivas son aquellas derivadas del aprendizaje obtenido luego de la presentación del incidente o evento adverso, como por ejemplo el análisis de ruta causal

- En el siguiente cuadro se pueden apreciar las anotaciones relevantes tomadas de la historia clínica del señor ADRIANO MONTIEL en la ESE Sor Teresa Adele - sede El Paujil ⁵:

Fecha	Observación
17/05/13	Hora: 10:00 p.m. ingresa paciente con cuadro clínico de ≥16 horas de evolución de deterioro gradual, neurológico, dado por disminución de la fuerza en hemicuerpo derecho, acompañado de desorientación en tiempo y espacio, dificultad para la marcha, agrega polaquiuria e incontinencia urinaria.
17/05/13	Hora: 22:50 p.m. Paciente quien se torna inquieto e intenta levantarse, pero debido a su condición clínica no puede y en el intento presenta caída desde la camilla, con trauma en cabeza en región frontal con herida pequeña como hemorragia escasa, sin pérdida de la conciencia, se revalora y no se encuentra cambios nuevos a su patología.
18/05/13	Hora: 6:20 a.m., se revalora paciente y se evidencia mejoría de su cuadro clínico, mayor articulación de palabras, y aumento en el tono muscular en hemicuerpo derecho, no se descarta la posibilidad de un accidente isquémico transitorio. En razón a ello se solicitó atención de II Nivel, para valoración y manejo por especialidad para descartar causa neurológica y realizar exámenes imagenológicos complementarios ya que en la institución no se cuentan.
18/05/13	Hora: 6:50 a.m (nota de enfermería por la Auxiliar de Enfermería Liliana Mejía Vásquez). Me desplace a la ciudad de Florencia a realizar acompañamiento personalizado al usuario de 88 años de edad, durante el recorrido usuario sin cambios comunicativo afebril se toma signos vitales PA120/70 mmHG FC82M Fr 22M T36°C se hace entrega en el Hospital María Inmaculada toco esperar turno porque el servicio estaba congestionado y es recibido por el medico de turno, y queda usuario en silla de ruedas orientado y comunicativo acompañado por la hija, sin complicaciones DX ECV.

- En el siguiente cuadro se pueden apreciar las anotaciones relevantes tomadas de la Historia Clínica del señor ADRIANO MONTIEL, en la ESE Hospital María Inmaculada de la ciudad de Florencia⁶.

Fecha	Observación
18/05/13	Hora: 08:31 a.m., paciente de 88 años de edad con cuadro de 36 horas de hemiparesia de cuerpo derecho que ya se ha recuperado hace 12h es remitido patra (sic) estudio al ingreso PTE senil hipoacusia no colaborador por su sordera con disminución de fuerza muscular en hemicuerpo derecho refiere familiar que anoche sufrió caída en el Hospital presentando TCE con herida frontal.
18/05/13	Hora: 16:51 p.m. EVOLUCIÓN URGENCIA. SUBJETIVO: Paciente quien consulta por cuadro clínico de hemiparesia derecha de predominio en el M. Superior refiere la familiar que desde el nico de síntomas el cuadro no muestra mejoría y ahora hay compromiso discreto del lenguaje tiene TAC cerebral con colección líquida a nivel subdural izquierdase considera valoración por neuroqx se cierra interconsulta por medicina interna.
18/05/13	Hora: 21:49 p.m. SUBJETIVO: Neurocirugía entrevistó al familiar (hijo) cuenta que desde hace una semana ha presentado alteración del estado de conciencia y el día de ayer dificultad para la emisión del lenguaje y dificultad para la marcha niega trauma previo *antecedentes de HTA el hijo refiere que consume ASA (no está seguro indica que le pregunte a su hermana) CONDUCTA: Se hospitaliza para manejo médico quirúrgico se espera respuesta del consumo de asas para definir cirugía.

⁵ Folio 282-295 C.1.

⁶ Folio 394-440 del C. Ppal.



Medio de Control: Reparación Directa
 Demandante: Erminul Montiel Barreto y Otros
 Demandado: ESE Sor Teresa Adele y otros
 Radicado: 18001-33-33-752-2014-00198-00

	<p>PARACLINICOS TAC cerebral simple de hace 14 horas muestra colecciones subdurales bihemisfericas crónicas son signos de resangrado línea media conservada, sistea vetriular parcialmente conservado.</p>
19/05/13	<p>Hora: 10:11 a.m.</p> <p>SUBJETIVO: Neurocirugía hematomas subdurales crónicos bilaterales con signos de resangrado. *la hija niega consumo de ASA.</p> <p>CONDUCTA: Se continua manejo pasar a salar de cirugía según disponibilidad.</p> <p>PARACLINICOS: Hemograma y tiempos de coagulación normales.</p>
19/05/13	<p>Hora: 12:45 m.</p> <p>CIRUGÍA REALIZADA craneotomía para drenaje de hematoma subdural crónico hemisférico derecho, craneotomía para drenaje de hematoma subdural crónico hemisferio izquierdo.</p> <p>Posición decúbito dorsal, bajo anestesia general, con la cabeza en neutro, previa asepsia y antisepsia, colocación de campos quirúrgicos, se realizan incisiones en región parietal izquierda y derecha, se hace desperiostización con rugina, se realiza el agujero de trepanación con bisturí de hueso (fresa para motor legend), se realiza hemostasia con bipolar y cera ósea, se realiza apertura de duramedre al lado derecho y luego al izquierdo, se drenan hematoma subdurales crónicos derecho de aproximadamente 80cc izquierdo 70 cc aproximadamente se lava con solución salina se deja sonda nelaon número 10 en espacio subdural, la cual se fijan por contravertura a piel y se conecta a sistema cerrado al lado derecho y otra al lado izquierdo. Cierre por planos con vicryl 3-0 y de piel con prolonen 3-0.</p>
20/05/13	<p>Hora: 18:00. Somnoliento, pupilas isocoricas, reactivas, cuadriparesia de predominio izquierdo espástica. (...) paciente con deterioro neurológico quien permaneció hipotenso en el tras-operatorio, se continua manejo médico se explica a la familiar.</p>
20/05/13	<p>Tac cerebral simple, hematoma subdural (...) bihemisferico (...) asociado a contusión perital derecho línea media conservada, infarto tallo? Se realiza movilización de drenes, curaciones. Se explica a la familia mal estado general, pronostico.</p>
21/05/13	<p>Hora: 09:00. Neurocirugía. DX: 1. Hematomas subdurales. 2. HTA. 3. Infarto de tallo cerebral. (...) En coma, pupilas isocóricas hiporeactivas, mirada convergente, hacia abajo, postura en decorticación, predomino derecho (...) con deterioro clínico progresivo... Se continúa manejo, se explica mal pronóstico a los familiares, ellos refieren entender, no aceptan maniobras de reanimación (...)</p>
23/05/13	<p>Hora 13:20. (...) En coma, pupilas isocóricas, cuadriparetico (...) mal pronóstico neurológico, taticardias, tirajes intercostales con deterioro clínico (...)</p>
24/05/13	<p>Hora: 08:40. (...) En coma, pupilas isocóricas convergentes hacia abajo, cuadripléjico, postura en descerebración (...) paciente con drenaje en sonda nasogástrica (...) Se habla nuevamente con la familia, se explica estado actual, mal pronóstico (...)</p>
24/05/13	<p>Hora: 16:30. Se atiende llamado enfermería, paciente con respiración jadeante. Paciente en mal estado general, en estado coma-postura decorticación. (...) Tórax - agrandados pulmones, generalizados con sibilancias respiratorias, tirajes costales universales, no nesas palpables. Extremidades no edemas. Paciente se realiza maniobras básicas de reanimación cardidopulmonar, familiares no aceptan, tiene conciencia del causo crítico y pronostico del paciente. (...) se administra 1 ampolla de adrenalina IV con MSD elevado paciente no da señales de vida, se da por tanto muerto a las 16:50 horas del día 24/05/2013.</p>

- Contrato de Prestación de Servicios de Salud de Baja Complejidad por capitación N° A-366-13, suscrito entre la Asociación Mutual la Esperanza ASMET SALUD ESS y la ESE Sor Teresa Adele El Paujil.



OBJETO: Prestación de Servicios de Salud de Baja Complejidad.

VIGENCIA: 1 de enero de 2013 a 31 de diciembre de 2013.

En la cláusula DÉCIMA de dicho contrato, se plasmó lo siguiente:

RRESPONSABILIDAD EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS. La presente relación contractual excluye cualquier tipo de responsabilidad solidaria entre las partes contratantes frente a la reclamación de terceros. En el evento en que EL CONTRATANTE sea demandado judicialmente y condenado solidariamente a pagar la una suma determinada de dinero, el CONTRATISTA, este se obliga a reintegrar dicha suma de dinero dentro de los 30 días hábiles siguientes a la reclamación que le hiciera el CONTRATANTE, caso contrario podrá repetir judicialmente contra EL CONTRATISTA por el monto a que fuere obligado a pagar, sin que se exija más documentos que la constancia de pago y copia de la sentencia como título ejecutivo⁷.

- Constancia de habilitación en el Registro Especial de prestadores de Servicios de Salud, emitido por la Secretaria de Salud Departamental del Caquetá de la IPS Sede el Paujil⁸.
- Dictamen rendido por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses – Unidad Básica Florencia. En donde se atendió respuesta al cuestionario efectuado indicando:

CUESTIONARIO.

1. ¿En qué consiste una atención insegura del Paciente?

RESPUESTA: EVENTO ADVERSO

Es aquella atención médica durante la cual hay el riesgo de que se presenta un evento adverso o cuando este se presente. A su vez, evento adverso está definido como resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles (...)

2. Conforme los lineamientos establecidos para la seguridad del paciente ¿puede catalogarse la caída de un paciente (de 88 años de edad) de la Camilla al encontrarse dentro de un Centro Hospitalario, siendo atendido por personal médico como una atención en salud insegura?

RESPUESTA: sí la guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” versión 1, de marzo 4 de 2010, del Comité de Buenas Prácticas en seguridad del paciente de la Unidad Sectorial de Normalización en Salud, incluye la caída de paciente durante la atención en salud, como evento adverso. (...)

3. ¿requieren las personas de la tercera edad un tratamiento especial de las entidades prestadoras del servicio de salud?

RESPUESTA: sí, dependiendo de su estado clínico. Es decir, de las manifestaciones orgánicas propias de su edad, de las enfermedades que padece y de sus antecedentes.

4. ¿Qué cuidados especiales se le deben brindar a las personas de avanzada edad que acuden a los servicios médicos que acuden a los servicios médicos con desorientación en tiempo y espacio y antecedentes de vértigo?

RESPUESTA: requieren vigilancia o acompañamiento permanente y/o, en algunos casos, inmovilización, con el fin de evitar la deambulacion por el riesgo de caídas o de fuga del paciente (sobre todo si cursa con desorientación especial – no sabe en donde se encuentra)

5. ¿la caída de la camilla de un paciente de 88 años de edad con diagnóstico de ingreso a una entidad hospitalaria de “ingresa paciente con cuadro clínico de 16 horas de evolución de deterioro gradual, neurológico, dado por disminución de la fuerza en hemicuerpo derecho, acompañado de desorientación en tiempo y espacio, dificultad para la marcha, agrega polaquiuria e incontinencia urinaria” puede catalogarse como un Evento Adverso Previsible?

RESPUESTA: Sí, El evento adverso previsible, está definido en el documento “lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente” del Ministerio de la Protección Social, como “Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado”. En el caso que menciona, en el que el paciente curso con “...deterioro gradual, neurológico, dado por disminución de la fuerza en hemicuerpo derecho, acompañado de desorientación en tiempo y espacio, dificultad para la marcha...”, hay alto riesgo de que, en algún momento, ya sea al moverse en camilla, al intentar bajar de ella o deambular, sufra una caída.

(...)

⁷ Folio 223-236 C. Ppal.

⁸ Fl. 391-392 C.1.



7. Conforme los protocolos médicos de seguridad del paciente como se puede prevenir la ocurrencia de situaciones que afectan la seguridad del paciente en especial las caídas de la camilla de pacientes con desorientación en tiempo y espacio, dificultad para la marcha, agrega polaquiria e incontinencia urinaria?

RESPUESTA: dependiendo del resultado de una evaluación clínica adecuada y de los recursos de la entidad (incluyendo recurso humano disponible), se puede prevenir la caída de un paciente desde su camilla, adoptando medidas generales como su inmovilización cuidadosa y/o el acompañamiento y vigilancia permanentes (incluso por familiares, ni no ha y más recurso) hasta su mejoría.

8. ¿debe el personal médico de un centro hospitalario consultar los antecedentes médicos contenidos en la histórica clínica del paciente para prevenir la ocurrencia de situaciones adversas previsibles? Explique su respuesta.

RESPUESTA: Por supuesto que sí. En toda consulta médica es requisito que el personal médico indague a fondo sobre los antecedentes de cualquier paciente, pues, por un lado, es posible que no llegue a establecer un diagnóstico acertado y, por otro, que se presenten eventos adversos incluyendo la administración de medicamentos contraindicados en él (porque es alérgico o por efectos adversos por su patología de base o por interacciones medicamentosas p ej).

9. ¿en un paciente de 88 años de edad con antecedentes de vértigo consentidos en la historia clínica curuca, que medidas de seguridad debe adoptar el personal médico de un centro hospitalario para evitar una caída de camilla?

RESPUESTA: ello dependerá del tipo e intensidad del vértigo y de la aplicación de alguna escala que establezca la capacidad funcional del paciente (la escala de Downton, p ej) Al respecto, la Guía Técnica “Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud Versión 001” de la Unidad Sectorial de Normalización, Dirección General de Calidad de Servicios del Ministerio de la Protección Social, dice “...4.2.3. Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas

4.2.3.1 Clasificar el riesgo de caídas de los pacientes que se internan en la institución (ver anexo A). Que contemple la siguiente información como mínimo: Antecedentes de caídas. Identificación del paciente: que esta agitado. Funcionalmente afectado. Necesita ir frecuentemente al baño. Tiene movilidad disminuida. Paciente bajo sedación... 4.2.3.2. Implementar procesos para la minimización de riesgos derivados de la condición del paciente... paciente con compromiso neurológico o agitación por otra causa que no le permite atender órdenes... - paciente que por su condición física y/o clínica deben caminar con ayuda de aparatos o de otra persona que los sostenga en pie...”

Posteriormente, como se explica en la página (...) “Una vez realizada la evaluación del riesgo de caídas mediante la escala de Downton existen protocolos de actuación que contemplan la asignación del paciente a un grupo de bajo o alto riesgo y la adopción de medidas preventivas básicas en el primer caso y de otras específicas en el segundo, en función de los factores de riesgo que presente. Además, se realiza también la educación del propio paciente, de sus familiares o de la persona que actúa como cuidadora para que asegure el seguimiento de estas medidas”.

Entonces las medidas pueden incluir desde el evitar actividades de riesgo como conducir u operar maquinaria, hasta el reposo absoluto en cama con vigilancia o acompañamiento permanentes, incluso inmovilización, dependiendo de la patología de base o de las concomitantes.

10. En un paciente con hematoma subdural crónico bihemisférico, con 88 años de edad ¿puede influir negativamente en las posibilidades de recuperación la caída de una camilla con una lesión frontal como en el presente caso?

RESPUESTA: Dependiendo de la severidad del trauma sufrido y del sitio anatómico afectado durante la caída, además de otros factores propios del paciente (osteoporosis, trastornos de coagulación, diabetes, etc.), el evento puede no tener ninguna consecuencia o puede agravar su estado clínico.

11¿Qué consecuencia puede presentar una herida en la frente en un paciente con 88 años de edad con hematomas subdurales crónicos bilaterales con signos de resangrado, tras caer de una camilla?

RESUESTA: Dependiendo de la severidad del trauma sufrido se puede presentar, exacerbación del cuadro neurológico inicial, se podría presentar fracturas cráneo o de cualquier otra parte del cuerpo o puede que el paciente no presenta ningún tipo lesión abdominal...”⁹

- Prueba oral recaudada.

Testimonio	Resumen de relato.
Eder Simey Campo Olea (Fl. 457ª C.Ppal.)	Cargo: Director de la IPS. Centro Hospitalario de El Paujil – Caquetá, para el momento de los hechos. “el caso se presentó con el médico Saúl Vargas (...) lo que recuerdo del caso era que era un paciente de 88 años de edad con antecedente de hipertensión arterial, llega por una sintomatología de aproximadamente de unas 8 a 12 horas de evolución que consistía en parestesia, en disminución de la fuerza motora de un lado y al mismo tiempo tenía vértigo y

⁹ Fl. 479-481 C.1.



cefalea, ese paciente fue ingresado por el doctor Saúl el cual lo deja en observación le hace su HC y su anejo inicial, por el caso el doctor Saúl hace la remisión a un II, III nivel de complejidad porque es un caso de un ACV Isquémico versus ACV hemorrágico, pro el cuadro clínico, el comenta el paciente al HMI en horas de la noche y se lo aceptan pero con la condición de que el paciente tiene que ir a las 7 de la mañana que es cuando está el especialista; en el transcurso de ese tiempo el paciente tiene unos movimientos cae al piso y se hace una herida de aproximadamente 2 CM diámetro la cual es suturada, posteriormente a esto el paciente continua con misma sintomatología y posteriormente es remitido a las 6 de la mañana al HMI de Florencia, en donde es intervenido quirúrgicamente, en lo que vi en la HC, vi es que el dictamen médico del especialista que hace la cirugía diagnostica un hematoma subdural crónico, que significa crónico; que el paciente por sus antecedentes de hipertensión y la sintomatología que venía presentando ya tenía una hemorragia subcraneana, no se cambia la sintomatología clínica desde el momento del trauma el golpe en la cabeza dentro de la Institución hasta que llega a la Institución de II nivel en donde es intervenido, el paciente es intervenido en el II nivel por un ACV Isquémico vs crónico.

(...)

El diagnóstico y la intervención por parte del II Nivel y la alta complejidad ya que ella fue operado en III nivel, este paciente el diagnóstico es muy claro, tenía un hematoma bilateral subdural crónico que significa, que es crónico, que su patología de base que era una hipertensión arterial de 88 años, lo más probable es que era la causante de estos hematomas ya que el paciente tenía la sintomatología y de hecho la sintomatología fue la causa de la consulta en el servicio de urgencia y la sintomatología de esta patología es muy típica y era la sintomatología que el paciente presentaba, este paciente posteriormente al trauma no cambio su sintomatología, su evolución fue normal, fue la misma y se intervino porque fue una intervención que se le tenía que hacer para solucionar su problema de los hematomas crónicos.

(...)

“la intervención que se hizo respecto de la herida de los dos centímetros simplemente fue la sutura de la herida, con respecto a ese trauma, la sintomatología crónica después del trauma no cambio, fue la misma sintomatología, de hecho el paciente llega estable a la ciudad de Florencia, en donde es intervenido para solucionar su problema de forma crónica.

(...)

La caída de un paciente de una camilla se considera una atención insegura (...) la caída de un paciente se considera un evento adverso cuando hay daño en el paciente, recordemos que el evento adverso se materializa cuando existe daño en el paciente en este caso a pesar de que hay un daño se considera que es un evento adverso (...) esa herida de 2 cm se considera de evento adverso (...) en este caso el paciente estaba no solamente bajo el cuidado de los enfermeros, sino de los familiares también (...) se previene cuando se toma medidas de contención, que dependiendo del diagnóstico del paciente, el paciente hay que amarrarlo.

(...) la remisión fue considera antes, cuando se presentó un cuadro clínico, se le hace la referencia al HMI el cual la acepta pero dice claramente que el paciente tiene que llegar a las 7 de la mañana, porque a esa hora esta la especialidad, hay que tener en cuenta muchos factores que la referencia y la contra-referencia en Colombia y en estos municipios es lo que se llama de nombre o mal nombrado “paseo de la muerte” nosotros los médicos cuando estamos en un I nivel o II nivel o un III nivel, yo maneje el sistema de referencia de HMI por tres años y nosotros no podemos mandar a un paciente de una institución a otra institución, hasta que no tenga un código de aceptación y una cama en la otra institución, si yo mando al paciente sin un código de aceptación y sin una cama y sin las indicaciones que me pide el receptor, eso es lo que precisamente se llama paseo de la muerte.

(...) en este caso a pesar de que hay un evento adverso no tiene ninguna incidencia con el diagnóstico del paciente y con el destino final del paciente, porque aquí hay que tener en cuenta y ser muy claros en que el paciente no es intervenido por el trauma que tiene o por la caída que tiene, él es intervenido por la enfermedad crónica que presenta no por el trauma que se produjo en el evento adverso, se puede considerar en estos momentos que el evento adverso no tuvo ninguna consecuencia a pesar de que es un evento adverso.

(...)el paciente cuando ingresa a la institución tiene un antecedente que es muy importante que es un paciente de 88 años y es hipertenso, el solo hecho de que el paciente tenga 88 años y es hipertenso, significa que ese paciente en cualquier momento va hacer una crisis hipertensiva, de hecho el 90% o mucho más en su porcentaje de las crisis hipertensivas, en pacientes de ese tipo de edad, terminan en un ACV hemorrágico, que significa eso, que en el momento en que la atención arterial se le sube, los vasos sanguíneos del cerebro, que son micro vasos y que son pequeños, están ya desgastados, se rompen y la sangre empieza a filtrarse, y con el enfoque del diagnóstico especializado, porque que hay que tener en cuenta que con el primer nivel, los diagnósticos son clínicos, más no son diagnóstico de tipo ayuda



	<p>diagnostica, como se hace en un II y III nivel por intermedio de un TAC, una resonancia magnética nuclear y otros de fondo, en el primer nivel son clínicos porque los diagnósticos o las pruebas, son mínimas; entonces se hace el diagnostico clínico, con base en la sintomatología del paciente, normalmente un paciente que sufre una crisis hipertensiva que pudo tener el paciente, porque el cuadro clínico es de más de 16 horas y es un cuadro clínico diciente que nos pone a ver si tiene un ACV isquémico o hemorrágico, que la única forma de diferenciarlo es con pruebas como un TAC que nos diga si es una isquemia o sangre lo que hay en el cerebro. (...) la técnica del Glasgow lo único me da es nivel de conciencia y dependiendo del nivel de conciencia yo sé si está en un trauma craneo encefálico leve, moderado o grave, normalmente si yo clasifico un paciente con Glasgow bajo significa que el paciente tiene un trauma craneoencefálico es severo, hay que tener en cuenta que normalmente, cuando se produce un trauma y se produce una hemorragia, es de aparición rápida y nos damos cuenta que en el cuadro clínico que se está presentando, es un paciente que viene con un cuadro clínico de más de 16 horas de evolución y que el paciente cuando llega, llega con la misma sintomatología, la sintomatología no cambia y cuando se manda y llega a la otra institución, llega con la misma sintomatología y se opera porque tiene, la misma sintomatología y esta no ha cambiado en ningún momento.</p> <p>(...) cuando llega al HMI, clínicamente no cambia la evolución, cuando tengo un trauma craneo encefálico y yo tengo un trauma y ese trauma me genera una hemorragia, la sintomatología inmediatamente debe de cambiar, hacia donde, hacia una pérdida de conciencia, que nunca hubo, a un cambio en el Glasgow, que nunca hubo, lo que se entienda es que la patología en ningún momento se convirtió en aguda, siempre fue una patología crónica y cuando hablé de una patología crónica, significa que es una enfermedad que viene de atrás, por los años, por su hipertensión y por todo eso, normalmente esa es una de las causas, de muerte de los paciente hipertensos que no son controlados, porque hace una crisis hipertensiva, hay una hemorragia en el cerebro y eso hace que el paciente fallezca, dependiendo de la cantidad de sangre que se vierta en ese sitio, si la sangre que se pudiese vertiendo por el trauma hubiese sido mucha, la sintomatología iba a cambiar porque hay comprensión de la sangre sobre el cerebro y esto hace que el paciente por lo menos pierda la conciencia o que su Glasgow cambie, tengo entendido que el paciente salió con la misma sintomatología que llegó, fue a la institución y fue operado no inmediatamente, porque no era una urgencia, sino que se programó para su cirugía porque era una intervención crónica.</p> <p>(...) lo que si puedo pensar es que si el paciente estaba diagnosticado como hipertenso con su antecedente ese paciente debía estar en el programa crónico que existía en la Institución en donde se le daba cita médica a todos los pacientes hipertensos mensualmente para entregársele sus medicamentos..."</p>
<p>Testimonio técnico Eduardo Basto Carvajal. (457ª C.Ppal.)</p>	<p>El testimonio realiza la apreciación de la protección del paciente – seguridad del paciente – como es observado el día de hoy y haciendo apreciación a que la caída del paciente se puede catalogar como un evento adverso que pudo ser prevenido, señalando las maneras en que se puede prevenir, como ya se ha acotado por los otros profesionales de la medicina; como lo es un cuidado mayor, debido a las calidades del paciente al ser una persona de mayor edad; de igual manera aduce que la responsabilidad de este tipo de situaciones adversas, son de responsabilidad de la parte administrativa de las IPS, colocando como ejemplo que si se tiene un enfermero para 20 camillas, eso de contera generaría una inseguridad.</p> <p>Pone de presente la Resolución 2003 de 2014, la cual nació del decreto 1011 de 2006 del Ministerio de Salud, manifiesta que para habilitar una IPS o un centro de salud o una EPS, hay una reglamentación clara en la parte médica, pero hoy en día no se puede desprender de la parte de la seguridad del paciente, haciéndola de manera concomitante las dos cosas, de ahí que la responsabilidad sea de la persona que lleva las riendas de la Entidad.</p> <p>Manifiesta de igual manera que cuando un médico realiza un diagnóstico clínico, una sospecha clínica, al no tenerse los elementos necesarios para la certeza del referido diagnóstico, en donde sospecho que tiene un evento cerebro – vascular, el cual es isquémico (infarto) o hemorrágico (sangrado), es decir, que hubo sangrado o que hubo un infarto.</p> <p>El isquémico se murió una parte del cerebro y el hemorrágico se rompió un vaso y está haciendo masa del efecto de sangre, entonces por la clínica a veces no me es fácil determinar cuál de los dos es, pero si con la parte de la experiencia que se tiene, se aprende hacer el diagnostico, una vez se tiene éste, lo que hay que hacer es tomar una imagen que es lo que le va a decir si es lo uno o es el otro, imagen que generalmente no se tiene en los primeros niveles, por a imagen es una tomografía, por lo que la remisión debe ser INMEDIATA, no porque se deba operar o no operarlo, sino para definirlo.</p> <p>Asegura que la incidencia que se tiene en la recuperación un paciente que tras la caída de una camilla y presente un trauma, craneo encefálico, en un accidente que se tiene un diagnóstico clínico accidente cerebro – vascular</p>



	<p>adverso isquémico vs hemorrágico, señalando que para cualquier persona es grave tal caída y tiene riesgo de crearse un riesgo trauma encefálico, sin saberse el nivel, al no saberse realmente el golpe, cualquier persona en buen estado de salud que se caiga, la gravedad de la lesión depende de muchas situaciones; razón por la cual, permite concluir que para el caso del paciente y el diagnóstico, genera el efecto que se conoce como <i>coca-cola</i>, en donde puede que no haya sangrado, que no haya infarto, pero hay un efecto ya denominado anteriormente, en donde tomo una tomografía y no hay ningún daño aparente porque no hubo ni sangrado ni infarto, pero el efecto <i>coca-cola</i>, si puede haberse presentado dentro de las neuronas; por lo que la gravedad depende de muchas cosas, porque si uno está enfermo y se presenta otra situación, perfectamente se puede agravar la inicial.</p> <p>Señalando que cualquier trauma produce un daño, indiferentemente del grado, pero lo cierto es que si se presenta un daño, el cual repercute en todo el cuerpo, porque también se presenta la física, actúa las leyes de acción y reacción, en donde uno se golpea en un lugar y le puede repercutir en otro lado, como quiera que el cerebro se encuentra prácticamente bailando en un líquido, es decir que no está pegado como otros órganos.</p> <p>En lo que concierne al tema de la responsabilidad a la que aludió con anterioridad, pone de presente que de encontrarse en la sala de urgencias, personal del IPS y familiares del paciente concomitantemente, se podría que no había responsabilidad de ninguno, porque está cumpliendo con lo requerido.</p> <p>Respeto de la remisión, aclara que es un hecho médico, una orden médica que nace desde el momento en que el galeno ve la necesidad que se realice tal remisión, la cual debe ser de remisión inmediata, esa es la parte médica; ya la parte administrativa viene a la referencia, frente a lo cual el médico no puede responder por ello, como quiera que son dos cosas diferentes.</p>
<p>Rodolfo Rincón Torres. (Fl. 457ª C.Ppal.)</p>	<p>Se refirió a la unidad familiar y al sufrimiento familiar, así como también del fallecimiento de la esposa del señor MONTIEL.</p>
<p>Betzabe Montiel Barreto. (457ª C.Ppal.)</p>	<p>Refirió que fue la persona quien acompañó a su padre ADRIANO MONTIEL el día 17 de mayo de 2013, a la IPS Centro de Salud de El Paujil, señalando que la enviaron a comprar unos pañales, y debido a que era tarde de la noche, le toco golpear la puerta de la Droguería, para que le abrieran, lo que hizo que se demorara un poco en volver al Centro de Salud; allegar encontró a su papá con un golpe en la frente debido a que lo dejaron caer de la camilla, manifestándole que el personal médico le señalo que el golpe había sido con la pared, pero aduce que su hijo, el cual para el momento de los hechos tenía 14 años, observó todo como había sucedido, quien manifestó que fue que lo dejaron caer de la camilla.</p> <p>Que a las 11 de la noche lo dejaron en habitación, en compañía de ella, quien observaba como su progenitor sangraba demasiado, por lo que llamo a la enfermera, quien le manifestó que debía cerrarle la herida, por lo que procedió a ponerle unos puntos, por lo que ella cree que eso fue lo que le generó el sangrado interno; al día siguiente lo trasladaron a la ciudad de Florencia.</p> <p>Señala que ya en la ciudad de Florencia, fue operado al día siguiente entrando a cirugía a las 10:00 de la mañana pudiéndolo volver a ver sólo hasta las 11:00 de la noche, pero ya en estado vegetal prácticamente.</p> <p>Aparte de lo anterior, aduce que si se encontraba en el programa de hipertensión, del centro de salud del municipio de El Paujil; aduciendo de igual manera que no todos los días consumía medicamentos.</p>
<p>Diego Fernando Recio López (fl. 495 C. Ppal.)</p>	<p>Cargo: Médico Internista del HMI para el momento de los hechos.</p> <p>Manifiesta el cuadro que presentaba el paciente, así como también señala que en la nota que dejo en la Historia Clínica, hace la descripción de un hallazgo de un TAC, que no lo miró en la Historia pero que si lo anotó, lo cual quiere decir que ahí estaba, donde se observaba unas colecciones subdurales que explicada el cuadro clínico para ese momento, por lo que solicitó la valoración de neurocirugía, al ser un caso de tratamiento quirúrgico, pasando de la especialidad de médico internista a neurocirugía.</p> <p>Señala que “el cráneo es una unidad sellada y dentro esta contenido el cerebro, el cual está cubierto por una membrana que se llama la duramadre y se puede generar colecciones por encima de la duramadre, es decir, entre el cráneo y la duramadre o entre la duramadre y el cerebro, entonces si se dice que está por encima de la duramadre, es un hematoma epidural, si está por debajo de la duramadre y en contacto directo con el cerebro, es una colección subdural, en los abuelitos es muy frecuente ese tipo de colecciones que se van formando por el envejecimiento progresivo, se van generando rupturas progresivas, micro sangrados a</p>



nivel de ese espacio y se van conformando colecciones, que hace que se genere presión del tejido cerebral y que a la postre va generando los síntomas que venía presentando el paciente, cuando se observa el TAC ahí se observa la colección, y pues el único tratamiento que existe para esa situación, es el drenaje quirúrgico, se hace un trepano y se aspira la colección, para evitar ese efecto compresivo sobre el cerebro que es a la postre el que da los síntomas”.

El mecanismo de generación de esas colecciones son por disrupciones (ruptura de pequeños capilares que están en contacto entre la duramadre y el parénquima cerebral) en la medida en que el cerebro va atrofiándose que va perdiendo su volumen y va halando o traccionándose los capilares que a la postre terminan rompiéndose y generando fugas de sangre y formando un hematoma, hematomas que no se forman de manera aguda y lentamente y progresivamente hacia el tiempo.

(...)

Usualmente esos hematomas como su generación es lentamente progresiva, el cerebro tiene mucho tiempo para adaptarse, es decir que el hematoma puede obtener cierto volumen antes de que se inicie los síntomas, la colección ya puede tener cierto volumen y buen tiempo de evolución, precisamente porque la formación es lentamente progresiva y el cerebro tiene la forma de adaptarse a eso, es decir, diferente a una hemorragia a una colección aguda, por ejemplo la ruptura de una mal formación arteriovenosa, al ruptura de un aneurisma cerebral, la colección se forma en minutos o en horas, los síntomas aparecen inmediatamente, el cerebro no tiene la forma de adaptarse a ello (...) el señor seguramente tenía una colección de hace mucho tiempo para el momento de los síntomas, pues se manifestó con somnolencia, los cambios de comportamiento y lo que ya se conoce.

(...)

Un hematoma subdural es el que está generando síntomas, sino se opera lleva a la muerte, el fenómeno es progresivo, crecimiento más compresión, herniación y muerte, la solución al problema es la aspiración del hematoma, ya viene otras situaciones paralelas que pueden desencadenar en que no se tenga buena evolución, factores como orbidos, la edad, situaciones no propias de la patología, que pueden condicionar que la evolución no sea la óptima, igual cualquier procedimiento neuro-quirúrgico es un procedimiento de alto riesgo, no es una apéndice, no es la cirugía de la vesícula, es un procedimiento de mayor complejidad y lógicamente con un mayor riesgo de muerte.

(...)

El tratamiento es neuro-quirúrgico, cuando el diagnóstico se realice, es probable que esa colección la llegará a tener hace mucho tiempo, pero si no hay síntomas nadie la va a sospechar, él no va a consultar, solamente cuando se presenta los primeros síntomas, es cuando el paciente, éste o el que sea, consulta se hace el diagnóstico y se da el tratamiento, de hecho en este paciente, creo que cuando arribó a urgencias una de las sospechas era que pudiera tener más de un evento isquémico o hemorrágico, por ruptura de alguna arteria, pues porque clínicamente creo que fue lo que sospecho el médico que le hizo la atención primaria en el hospital, pero es el TAC el que dice definitivamente lo que tenía el paciente y que se le hizo en Florencia acá en el Hospital, porque allá en Paujil no hay ese recurso de imágenes, entonces fijese como la clínica puede pintar una cosa y es realmente el TAC quien dice no, lo que tiene es eso y como hay que proceder y es operándolo, diferente que en el TAC hubiese presentado un infarto cerebral, eso no se opera, eso es de manejo conservador, manejo médico...”

(...)

“...sin embargo, que le puedo decir, un hematoma subdural crónico con síntomas que tenía, sino se operaba se moría, el único recurso que le operaba era el de drenaje quirúrgico, ya la evolución post – quirúrgica, yo no podría decirle en qué grado puede o no recuperarse (...) el ser una persona de 88 años, de avanzada edad, eso de por sí ya lo pone en un alto riesgo para cualquier procedimiento, entonces, la patología que él tenía era suficientemente grave sino se llevaba a cirugía y ya la evolución al procedimiento puede estar dada por otras variables como la edad y otras situaciones que ya no conozco, posterior al tratamiento post-quirúrgico.”

(...)

“... claramente el llego por un hematoma subdural crónico, esa es la patología que él tiene, se llevó a cirugía y probablemente la evolución post-quirúrgica no fue la adecuada y termino en su fallecimiento, pero pues no veo en la historia clínica, ninguna otra situación para mi concepto que pueda ser causa de la muerte, aparte de su diagnóstico primario que era un hematoma subdural crónico.”

(...)



	<p><i>“bueno de eso se habla mucho actualmente, de que se deben evitar efectos adversos con los pacientes, por ejemplo, caídas, resbalones, sin tantos detallitos que pueden suceder en una institución de salud, pues las medidas son de que siempre los pacientes de edad avanzada, deben estar con acompañantes, los pacientes que están agitados, hacerles algún tipo de inmovilización, en algunas instituciones existen cámaras para vigilarlos desde la unidad de enfermería para saber en qué condiciones está el paciente, (...) claro es una situación importante para los médicos para todo el personal de cuidado de la salud, hacia los pacientes, es algo importante.</i></p> <p><i>(...)</i></p> <p><i>Pues indudablemente eso se puede prevenir, claro el paciente se puede inmovilizar, los pacientes mayores siempre deben estar acompañados, pues debía estar con un familiar, vigilándolo o decir que una enfermera para cada paciente yo creo que eso es un poco utópico aquí y en cualquier sitio del mundo porque sería muy difícil, pero si las camillas todas tienen barandas en lo posible, los pacientes cuando están agitados toca inmovilizarlos, así al familiar le parezca que eso es una tortura, porque a mí me ha sucedido, para que no se autolesione, que intente parar y se caiga, de que si tiene algún dispositivo que se le ha puesto por ejemplo un catéter central, se lo retire, o por ejemplo si esta intubado se retire el tubo, porque eso podría ser catastrófico, situaciones de esas, claro entonces inmovilizarlo, las camas con las baranda, la vigilancia del personal de salud, de los familiares quienes tienen que aportar también un granito de arena, para generar el cuidado también del paciente..”</i></p> <p><i>(...)</i></p> <p><i>Un trauma craneano, tiene diferentes grado de severidad, una caída desde la propia altura de una persona, podría en algún momento, ser determinante como causa de muerte, como podría no, sí; el cerebro pues es una estructura muy bien protegida, el cráneo es hecho es precisamente para eso, el cerebro es un tejido muy lábil, pero está muy bien protegido, un trauma cráneo encefálico suficiente severo podría ser si causante de una situación supremamente negativa, en este caso no sé, yo creo que tuvo un trauma cráneo encefálico pero para mi concepto debió haber sido leve, creo que tuvo una escoriación o una herida en la cara, por ahí leí, pero digamos que cuando la neurocirujana hace el procedimiento quirúrgico, o mejor, cuando ya se hace el TAC, en el TAC no se ve ninguna colección aguda sino que simplemente se ve un hematoma viejo crónico, un hematoma subdural crónico, no se ven hallazgos de que como si ese trauma, como consecuencia de la caída hubiese sido suficientemente severo y con hallazgos determinantes para ese paciente, es decir, allí no había una colección epidural o una colección aguda, entonces sí el señor se cayó, eso es un efecto adverso que no debió haber sucedido y que se pudo haber prevenido pero pensar que de pronto eso haya incidido en una evolución adversa o peor o que eso haya contribuido a su fallecimiento, pues yo lo veo muy poco probable (...) cuando digo muy poco probable es que no hay (...)y para que una caída desde la camilla tuviese que ser severo, no sé, también depende de que distancia hay al piso, pues no se ese es mi concepto, yo pienso que no lo pensaría así, igual en el TAC no había ningún hallazgo que sugiriera clínicamente que había algo agudo, el TAC describe es una colección crónica, más no hallazgos agudos, por ejemplo los hematomas de los traumas craneoencefalicos severos, agudos son epidurales, el sangrado se genera por encima de la duramadre, este era un hematoma subdural, que está por debajo de la duramadre y tiene características de una colección que le genera lentamente en el tiempo, el TAC habla de eso, la descripción de la neurocirujana, ella, ahí en el diagnostico post-quirúrgico, cuando se hace la hoja quirúrgica se hace de un hematoma subdural crónico, ella no está diciendo que hizo el drenaje de una hematoma epidural, es una colección crónica, entonces, yo pensaría que el trauma incidió en sentido pues de que tuvo una laceración, pero pues que haya repercutido directamente en una situación adversa para él, no creo, yo creo que lo que él tenía era suficientemente grave, un hematoma subdural crónico genera síntomas porque concreciona el cerebro, genera edema cerebral, genera un síndrome de hipertensión craneana que empuja el cerebro hacia abajo y trata de herniar todos los grupos de la base, el paciente una vez empieza los síntomas, la evolución no va ser buena a menos de que se resuelva ese síndrome de hipertensión craneana que tiene”</i></p>
--	--

De recaudo probatorio allegado y practicado por el Despacho, se tiene acreditado que el señor ADRIANO MONTIEL, en compañía de su hija BETZABE MONTIEL BARRETO, acudió al centro de urgencias en el Centro de Salud de El Paujil, el día 17 de mayo de 2013, a las 10:00 PM, presentando un cuadro clínico de más de 16 horas de disminución de la fuerza en el hemicuerpo derecho, como también desorientado en tiempo y espacio, que pasado unos minutos la hija fue enviada a comprar unos pañales y que cuando regresó, se encontró que su papá se cayó de la camilla, generado un trauma en la cabeza, en región frontal con herida y con hemorragia escasa.



Que lo anterior, es considerado como un evento adverso previsible, es decir, que se presentó un daño o un resultado no deseado, y que si se hubiese cumplido con los estándares mínimos de cuidado asistencial, se había podido evitar.

De igual manera se encuentra acreditado que el señor MONTIEL, fue trasladado el día siguiente a un hospital de II nivel, en este caso al Hospital María Inmaculada de la ciudad de Florencia, aproximadamente a las 06:00 AM, debido a un posible diagnóstico de un accidente isquémico transitorio, entendido esto, por la literatura médica, como una alteración temporal de la función cerebral que suele durar menos de 1 hora y que ha sido causada por un bloqueo temporal de la irrigación cerebral¹⁰

No obstante, el Despacho hace la claridad de que no se logró acreditar conforme a la historia clínica que la remisión se haya solicitado desde el día 17 de mayo de 2013, por parte de la IPS del Centro de Salud, el cual fue aceptado, pero bajo una condición, la cual consistía en se hiciera el traslado del paciente al día siguiente, como quiera que el especialista entraba a turno; pues sólo hay prueba de que el día 18 de mayo de 2013 se solicitó atención de II Nivel, para valoración y manejo con el objetivo de que fuera valorado por especialidad para descartar causa neurológica y realizar exámenes imagenológicos complementarios ya que en la institución no cuenta con dicho servicio.

Así mismo, se encuentra que una vez fue remitido a la ESE Hospital María Inmaculada de Florencia, fue valorado por urgencias y realizándose un TAC cerebral, confirmando una colección líquida a nivel subdural izquierda, por lo que se pasó a valoración de neurocirugía, quien describe que encuentra unas colecciones subdurales bihemisféricas crónicas con signos de resangrados, por lo que se ordena cirugía, con el objetivo de drenar las referidas colecciones; cirugía que se realizó el día 19 de mayo de 2013, aproximadamente a las 10:00 de la mañana, teniendo una duración de 2 horas, conforme lo descrito en la Historia Clínica.

Al respecto un se encuentra que un hematoma subdural crónico, ha de entenderse como:

“Un hematoma subdural crónico es una acumulación “vieja” de sangre y de productos de la descomposición de la sangre localizada entre la superficie del cerebro y su capa más exterior (duramadre). La fase crónica de un hematoma subdural comienza varias semanas después del primer sangrado.

Causas

Un hematoma subdural se desarrolla cuando las venas puente se rompen y dejan escapar sangre. Estas son las pequeñas venas que corren entre la duramadre y la superficie del cerebro. Esto suele ser el resultado de un traumatismo craneal.

Posteriormente se forma una acumulación de sangre sobre la superficie del cerebro. En una acumulación subdural crónica, la sangre se escapa lentamente desde las venas a lo largo del tiempo o se deja que una hemorragia rápida se cure por sí sola.

Un hematoma subdural es más común en adultos mayores debido al encogimiento normal del cerebro que ocurre al envejecer. Este encogimiento estira y debilita las venas emisarias. Dichas venas son más propensas a romperse en los adultos mayores, incluso después de un traumatismo craneal menor”¹¹

Ahora de acuerdo a la explicación dada en el testimonio del señor DIEGO FERNANDO RECIO LÓPEZ, y conforme lo afirma la UNIDAD DE NEUROLOGÍA RGS, el tratamiento consiste en la en la realización de 2 orificios de trépano, distantes entre sí, que coincidan con la cavidad del hematoma. Se abre la duramadre y la posible membrana del HSD, saliendo a presión el líquido hemático. Se lava abundantemente con suero salino (para reducir el contenido proteico de la cavidad). Se finaliza la intervención dejando sendos drenajes durante varios días.

La intervención es tan sencilla que a veces se realiza con anestesia local. Y no es raro que el neurocirujano observe cómo el paciente, que ha entrado en una mala situación de conciencia (estupor o coma), va despertándose a lo largo de la intervención y mejorando clínicamente de forma ostentosa¹².

Ahora, es importante también hacer claridad, que no fue un hematoma subdural agudo, frente a lo cual se reiteró en las declaraciones, en donde una vez producida la rotura venosa,

¹⁰Consultado en: <https://www.msmanuals.com/es/hogar/enfermedades-cerebrales,-medulares-y-nerviosas/accidente-cerebrovascular-acv/accidentes-isqu%C3%A9micos-transitorios-ait>

¹¹ Consultado en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000781.htm>

¹² Consultado en: <https://neurorgs.net/informacion-al-paciente/patologia-craneoencefalica/hematoma-subdural/#TRATAMIENTO>



la hemorragia no se detiene, apareciendo una colección de sangre en el espacio subdural que aumenta de tamaño rápidamente, en donde la clínica es más rápida que en el caso anteriormente explicado de HSD crónico, evolucionando el paciente en horas o días hacia una situación neurológica grave, lo que deja entrever que en principio no fue el golpe que sufrió en la frente, fruto de la caída en la camilla.

En virtud de lo anterior, procederá el Despacho a vislumbrar si la mencionada caída de la camilla del señor ADRIANO MONTIEL, influyó o no en la recuperación de su cuadro clínico, como también la aparente tardía remisión a un centro de salud de II Nivel.

Respecto al traslado tardío, para esta Judicatura no está comprobado el mismo, pues si bien, la ESE Sor Teresa Adele, no acredita lo relacionado como ya se miraba a que el traslado a un centro de salud de mayor nivel, desde el día 17 de mayo de 2013, lo cierto es que el señor Adriano Montiel, lo que presentaba era unas colecciones subdurales bihemisféricas crónicas, que ya quedo más que acreditado que la misma no era un cuadro clínico de urgencias, en el entendido que si bien requería de una intervención quirúrgica, ésta de por sí no era urgente, tan es así que una vez llegó a la ESE María Inmaculada, no fue intervenido de urgencia, esto se hizo al día siguiente.

Ahora si se observa la historia clínica, se ve una leve mejoría que presentó el paciente en el Centro de Salud de El Paujil, pues al día siguiente, en las horas de la mañana del día 18 de mayo de 2013, se dejó la siguiente anotación “(...) se revalora paciente y se evidencia mejoría de su cuadro clínico, mayor articulación de palabras, y aumento en el tono muscular en hemicuerpo derecho, no se descarta la posibilidad de un accidente isquémico transitorio...”. Luego entonces, no se miraba la urgencia de la mentada remisión, ni por los síntomas por los que llegó por urgencias, como tampoco por que se hubiese agravado la sintomatología que presentaba.

En relación con la pérdida de oportunidad alegada por la parte actora, la jurisprudencia del Consejo de Estado¹³ ha estimado que la pérdida de oportunidad constituye un daño de naturaleza autónoma, al considerar que “se ubica en el campo del daño – sin desconocer que por elementales razones guarda estrecho vínculo con la relación de causalidad, -la causalidad existente entre el hecho imputable y el daño para estructurar la responsabilidad- y por lo mismo, **resulta ser un perjuicio autónomo**”¹⁴.

Así mismo, se reitera que el reconocimiento de la pérdida de oportunidad como daño autónomo corresponde a una línea jurisprudencial consolidada desde el año 2010, desde la providencia citada en precedencia hasta la actualidad, en aquellos casos en los que cobra mayor fuerza la incertidumbre acerca del beneficio que pudo obtener la víctima, que la prueba del nexo causal entre la pérdida de oportunidad y la actuación de la Administración¹⁵, así se ha pronunciado:

“Se ha señalado que las expresiones ‘chance’ u ‘oportunidad’ resultan próximas a otras como ‘ocasión’, ‘probabilidad’ o ‘expectativa’ y que todas comparten el común elemento consistente en remitir al cálculo de probabilidades, en la medida en que se refieren a un territorio ubicable entre lo actual y lo futuro, entre lo hipotético y lo seguro o entre lo cierto y lo incierto (...) Es decir que para un determinado sujeto había probabilidades a favor y probabilidades en contra de obtener o no cierta ventaja patrimonial, pero un hecho cometido por un tercero le ha impedido tener la oportunidad de participar en la definición de esas probabilidades.

“En ese orden ideas, la pérdida de oportunidad o pérdida de chance alude a todos aquellos eventos en los cuales una persona se encontraba en situación de poder conseguir un provecho, de obtener una ganancia o beneficio o de evitar una pérdida, pero ello fue definitivamente impedido por el hecho de otro sujeto, acontecer o conducta ésta que genera, por consiguiente, la incertidumbre de saber si el efecto beneficioso se habría producido, o no, pero que al mismo tiempo da lugar a la certeza consistente en que se ha cercenado de modo irreversible una expectativa o una probabilidad de ventaja patrimonial; dicha

¹³ CONSEJO DE ESTADO, SECCIÓN TERCERA, Consejera ponente: MARTA NUBIA VELÁSQUEZ RICO. Bogotá D.C., treinta (30) de mayo de dos mil diecinueve (2019). Radicación número: 81001-23-31-000-2011-00051-01(48890)

¹⁴ Consejo de Estado Sección Tercera, Sentencia de 27 de abril de 2011, exp. 18.714. C.P. Gladys Agudelo Ordóñez; en ese mismo sentido, puede consultarse la sentencia dictada el 8 de junio del mismo año, exp. 19.360. y la del 26 de enero de 2012, exp. 21.726, ambas con ponencia del Dr. Hernán Andrade Rincón.

¹⁵ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección A, Sentencias del 14 de marzo de 2013, exp. 25000-23-26-000-1999-00791-01(23632) y del 9 de octubre de 2013, exp. 25000-23-26-000-2001-02817-01(30286) CP: Hernán Andrade Rincón; Subsección B, sentencia del 26 de junio de 2014, exp. 25000232600020000215101, CP: Ramiro Pazos Guerreco; Subsección C, sentencia del 10 de diciembre de 2014, exp. 23001-23-31-000-2012-00004-01 (46107), CP: Jaime Orlando Santofimio Gamboa.



Medio de Control: Reparación Directa
 Demandante: Erminul Montiel Barreto y Otros
 Demandado: ESE Sor Teresa Adele y otros
 Radicado: 18001-33-33-752-2014-00198-00

oportunidad perdida constituía, en sí misma, un interés jurídico que si bien no cabría catalogar como un auténtico derecho subjetivo, sin duda facultaba a quien lo ha visto salir de su patrimonio —material o inmaterial— para actuar en procura de o para esperar el acaecimiento del resultado que deseaba, razón por la cual la antijurídica frustración de esa probabilidad debe generar para el afectado el derecho a alcanzar el correspondiente resarcimiento.

“La pérdida de oportunidad constituye, entonces, una particular modalidad de daño caracterizada porque en ella coexisten un elemento de certeza y otro de incertidumbre: la certeza de que en caso de no haber mediado el hecho dañino el damnificado habría conservado la esperanza de obtener en el futuro una ganancia o de evitar una pérdida para su patrimonio y la incertidumbre, definitiva ya, en torno de si habiéndose mantenido la situación fáctica y/o jurídica que constituía presupuesto de la oportunidad, realmente la ganancia se habría obtenido o la pérdida se hubiere evitado; expuesto de otro modo, a pesar de la situación de incertidumbre, hay en este tipo de daño algo actual, cierto e indiscutible consistente en la efectiva pérdida de la probabilidad de lograr un beneficio o de evitar un detrimento (...).

“Por otra parte, con el fin de precisar los alcances de la noción de ‘pérdida de oportunidad’ conviene identificar con la mayor claridad posible sus límites: así, de un lado, en caso de que el ‘chance’ constituya en realidad una posibilidad muy vaga y genérica, se estará en presencia de un daño meramente hipotético o eventual que no resulta indemnizable y, de otro lado, no puede perderse de vista que lo perdido o frustrado es la oportunidad en sí misma y no el beneficio que se esperaba lograr o la pérdida que se pretendía eludir, los cuales constituyen rubros distintos del daño. En consecuencia, la oportunidad difuminada como resultado del hecho dañoso no equivale a la pérdida de lo que estaba en juego, sino a la frustración de las probabilidades que se tenían de alcanzar el resultado anhelado, probabilidades que resultan sustantivas en sí mismas y, por contera, representativas de un valor económico incuestionable que será mayor, cuanto mayores hayan sido las probabilidades de conseguir el beneficio que se pretendía, habida consideración de las circunstancias fácticas de cada caso.

“La pérdida de oportunidad como rubro autónomo del daño demuestra que éste no siempre comporta la transgresión de un derecho subjetivo, pues la sola esperanza probable de obtener un beneficio o de evitar una pérdida constituye un bien jurídicamente protegido cuya afectación confiere derecho a una reparación que debe limitarse a la extensión del ‘chance’ en sí mismo, con prescindencia del resultado final incierto, frente a lo cual resulta lógico que dicha oportunidad perdida ‘tiene un precio por sí misma, que no puede identificarse con el importe total de lo que estaba en juego, sino que ha de ser, necesariamente, inferior a él’, para su determinación (...).”¹⁶.

Por tanto, se consideran como elementos esenciales para su configuración que haya i) certeza acerca de la existencia de una oportunidad legítima, que sea seria, verídica, real y actual; ii) imposibilidad concluyente de obtener el provecho o evitar el detrimento y iii) que la víctima se encontrara en una situación fáctica y jurídicamente idónea para obtener el resultado esperado¹⁷.

Pues bien, en el caso de marras, se encuentra que en efecto se presentó una falla en la prestación del servicio médico, debido al evento adverso previsible, sobre el cual ya se acotaba, es decir, por la caída de la camilla que sufrió el señor, pero la pregunta a resolver, es si dicha causa fue eficiente en el fallecimiento del señor.

Frente a lo anterior, se realizará una comparación de las historias clínicas en un antes y un después de la cirugía realizada al señor ADRIANO MONTIEL, con el ánimo de evidenciar el comportamiento de la salud de éste, una vez se cayó de la camilla, ahora hay que reiterar que la cirugía de extracción de unas colecciones subdurales bihemisfericas, se debía realizar, como también ya quedó aclarado.

El comportamiento de la Salud del señor Adriano Montiel, conforme a la historia Clínica, se encuentra lo siguiente:

Centro de Salud de El Paujil	Hospital María Inmaculada
Llego al centro de salud, con un cuadro clínico con más de 16 horas de evolución, presentando disminución de la fuerza en hemicuerpo derecho, acompañado de desorientación en tiempo y espacio, dificultad para la marcha, agrega polaquiuria e incontinencia urinaria.	Por su parte, se tiene que una vez se confirma el diagnóstico clínico se programa la cirugía, para el día 19 de mayo de 2013, el cual salió de la misma somnoliento, pupilas isocóricas, reactivas, cuadriparesia de predominio izquierdo espástica y con deterioro neurológico.

¹⁶ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección A, sentencia del 30 de agosto de 2017, C.P. Carlos Alberto Zambrano Barrera, exp. 43.646.

¹⁷ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, M.P: Margarita Cabello Blanco, Bogotá, 4 de agosto de 2014, expediente No. 11001-31-03-003-1998- 07770-01.



<p>Al día siguiente es valorado, presentando mejoría en el cuadro clínico, como quiera que presentó mayor articulación de palabras y en el tono muscular en el hemicuerpo derecho, entregándose en buen estado al HMI, quedando en silla de ruedas orientado y comunicativo, sin complicaciones DX ECV.</p>	<p>Al día siguiente de la intervención, se le realizó un TAC, encontrándose un infarto en el tronco encefálico; con posterioridad se encontró en coma y con un deterioro clínico.</p> <p>Para el día 23 y 24 de mayo de 2013, ya se habla de un mal pronóstico, presentando taticardias.</p> <p>Para el día 24 en horas de la tarde, se anotó lo siguiente:</p> <p>Se atiende llamado enfermería, paciente con respiración jadeante. Paciente en mal estado general, en estado coma- postura decorticación. (...) Tórax – agrandados pulmones, generalizados con sibilancias respiratorias, tirajes costales universales, no nesas palpables. Extremidades no edemas. Paciente se realiza maniobras básicas de reanimación cardidopulmonar, familiares no aceptan, tiene conciencia del causo crítico y pronostico del paciente. (...) se administra 1 ampolla de adrenalina IV con MSD elevado paciente no da señales de vida, se da por tanto muerto a las 16:50 horas del día 24/05/2013.</p>
---	--

De lo anterior, claramente para el despacho, pese a la caída que presentó el paciente no empeoró su situación, evento que si se encontró probado después de la cirugía, puesto que presentó inicialmente un infarto del tronco encefálico, entendido esto por la *lex artis*, como un tipo de accidente cerebrovascular (interrupción de la circulación de la sangre al cerebro) que afecta el tronco del encéfalo, es decir, la parte del cerebro que está por arriba de la médula espinal y que regula la respiración, la presión arterial y la frecuencia cardíaca¹⁸, posteriormente, el señor MONTIEL, quedó en estado de coma, presentando en adelante un mal diagnóstico, al punto de llegar a la muerte.

En virtud de ello, para el Despacho, la caída de la camilla del señor Montiel, no fue la causa eficiente del desenlace final, como quiera que realmente impidió que éste tuviese una mejoría; si bien de manera genérica tanto el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, como el testimonio del Médico General Eduardo Bastos Carvajal, coinciden en que una caída puede generar complicaciones en la salud de un paciente, lo cierto, es que son apreciaciones genéricas, pero que no tienen un sustento doctrinal de lo allí indicado, como tampoco, se refieren al caso en particular y en concreto del Occiso, pues en realidad no se sabe en qué consistió o en que perjudicó la caída de la camilla o si tuvo una influencia en el deterioro neurológico.

Ahora, se habla de que la caída puede generar un efecto coca-cola, lo cierto es que el médico no especificó en qué consistía el mismo, así como también una vez consultada la *lex artis*, no se encontró a que se hace referencia, razón por la cual, es importante reiterar que tal como lo ha señalado la jurisprudencia del Consejo de Estado, cuando se hace alusión a una pérdida de la oportunidad o del chance, es obligación de la parte que lo alegue, en demostrar que está sea seria, verídica, real y actual, lo cual no se logró probar en el presente asunto.

De igual forma, no hay que dejar de lado que “en los ancianos, el riesgo principal es inherente a la edad avanzada, a lo complicado de todos sus sistemas y aparatos funcionando, para poder ser abordado con una intervención quirúrgica¹⁹; como lo son también, que los pacientes tengan enfermedades de base, tales como la diabetes, el alzhéimer, la presión arterial, como era el caso del señor ADRIANO MONTIEL.

De igual manera, es importante señalar que la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación, recientemente ha señalado que “actualmente se ha encontrado una relación entre anestésicos, cirugía y deterioro cognitivo en varios estudios in vitro y en animales,

¹⁸ Consultado en: <https://ada.com/es/conditions/brain-stem-stroke/>

¹⁹ Consultado en: <https://www.infosalus.com/mayores/noticia-cuando-conviene-operar-anciano-20170612080435.html>



donde se han demostrado efectos sobre el desarrollo neuronal y se ha visto que los agentes inhalatorios intravenosos usados en la anestesia general parecen tener un efecto negativo sobre las estructuras neuronales como son alteraciones en el crecimiento axonal y formación de redes neurales, crecimiento desorganizado de los axones, apoptosis, alteraciones en telómeros y alteraciones en áreas críticas de la memoria²⁰.

En virtud de lo anterior, el despacho negará las pretensiones, como quiera que si bien se encontró una falla como se ha indicado por parte de la ESE Sor Teresa Adele, constitutiva de un evento adverso como es la caída de la camilla, lo cierto es que ésta no resultó ser la causa efectiva y determinante en el fallecimiento del paciente, el señor Montiel, pese al despliegue probatorio adelantado.

7. CONDENAS EN COSTAS.

Atendiendo lo dispuesto en el artículo 188 del CPACA, que remite al artículo 365 del Código General del Proceso, en el presente asunto no habrá condena en costas, dado que como lo afirma la jurisprudencia del Consejo de Estado²¹ no puede aplicarse dicha normatividad de forma objetiva y automática, sino que debe hacerse un juicio mínimo por parte del juzgador. Así las cosas este despacho encuentra que las partes demandadas no demostraron que hubiesen tenido que incurrir en gasto alguno diferente al de su propia defensa, aunado al hecho que no se observó ninguna conducta temeraria o de mala fe por la parte actora.

8. DECISIÓN.

En mérito de lo expuesto, el Juzgado Cuarto Administrativo de Florencia - Caquetá, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

FALLA

PRIMERO: NEGAR las pretensiones de la demanda de conformidad con lo expuesto en la parte considerativa de esta sentencia.

SEGUNDO: SIN condena en costas y agencias en derecho en la instancia

TERCERO: Una vez ejecutoriada la presente decisión ORDÉNESE expedir a la parte actora, copia de la presente decisión con sus constancias de notificación y ejecutoria, y procédase a realizar las anotaciones en el programa siglo XXI, archívese el expediente.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

GINA PAMELA BERMEO SIERRA
Juez

²⁰ Consultado en:

<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0120334716000186?token=C387A943C4764CD06FF7BF1B120523C1F9F7DF1291247A36A715921EEC7FE9C100A06B0E418E485AEA4AA3262BC6F21C>

²¹ C. E. SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO. SECCIÓN SEGUNDA - SUBSECCION "B". CONSEJERO PONENTE: ALFONSO VARGAS RINCÓN (E). Bogotá, D.C., quince (15) de abril de dos mil quince (2015). Radicación No. 73001-23-33-000-2012-00206-01. Expediente No. 1343-2014. Actor: UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE GESTIÓN PENSIONAL Y CONTRIBUCIONES PARAFISCALES DE LA PROTECCIÓN SOCIAL – UGPP. Ver también CONSEJO DE ESTADO. SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO. SECCIÓN SEGUNDA - SUBSECCION "A". CONSEJERA PONENTE: SANDRA LISSET IBARRA VELEZ (E). Bogotá D.C., tres (03) de agosto de dos mil quince (2015). Radicación número: 05001-23-33-000-2012-00439-01(0240-14) Actor: UGPP. Demandado: JOSE JESUS VALENCIA DUQUE.