



JUZGADO CUARTO ADMINISTRATIVO DE FLORENCIA, CAQUETÁ

SISTEMA ESCRITURAL

Florencia, 30 de junio de 2020

ACCIÓN:	REPARACIÓN DIRECTA
RADICADO:	18001-33-31-001-2010-00181-00
DEMANDANTE:	EVELIO DURAN PÉREZ Y OTROS
DEMANDADO:	ESE HOSPITAL MARIA INMACULADA DE FLORENCIA Y OTROS
SENTENCIA Nº:	53-06-231-2020

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. (Fls. 3-9 C.P. 1)

2.1. PRETENSIONES.

Los señores EVELIO DURÁN PÉREZ y LUZ INDARY YUNDA TEJADA quien actúa en nombre propio y en representación de su menor hijo JESÚS ESNEIDER DURAN YUNDA, por intermedio de apoderado judicial en ejercicio de la acción de reparación directa solicita que se declare responsable patrimonial y administrativamente a la ESE HOSPITAL MARÍA INMACULADA, la ESE HOSPITAL LAS MALVINAS y la ESE CAPRECOM, por la omisión y la indebida prestación del servicio médico de salud ante los padecimientos que presentaba la señora LEONOR TEJADA DE VALDERRAMA durante los días 3, 4, 5, 11 y 12 de abril de 2008 y que conllevó al fallecimiento de la misma en ésta última fecha en el municipio de Florencia - Caquetá.

Que, como consecuencia de lo anterior, se condene a las entidades demandadas a pagar solidariamente a favor de los demandantes los perjuicios, morales, materiales vida de relación, solicitados, sumas que deberán ser debidamente reajustadas conforme lo establecido en los artículos 176, 177 y 178 del CCA, debiendo ser condenadas a las entidades demandadas al pago de las costas procesales.

2.2. Hechos.

Inicialmente indica los miembros que conforman el núcleo familiar de la señora LEONOR TEJADA DE VALDERRAMA (q.e.p.d), así como también que ésta al contar con 72 años de edad era una persona con buen estado de salud, pues su última visita había sido el 12 de diciembre de 2007 en la ESE HOSPITAL COMUNAL LAS MALVINAS en donde su examen físico determinó un estado nutricional, aspecto general, cabeza, ojos y demás en estado normal, en la que no se evidencia que padeciera enfermedad grave hasta la ocurrencia de los hechos.

Que la señora LEONOR TEJADA DE VALDERRAMA (q.e.p.d) se encontraba afiliada al régimen subsidiado a la EPS CAPRECOM desde el 01/11/2005, siendo atendida generalmente en la ESE HOSPITAL COMUNAL LAS MALVINAS, por lo que el 3 de abril de 2008 acudió a dicho centro médico en compañía de su hija y su yerno al presentar signos de POLIARTRALGIAS de un año y PIROSIS, donde su examen físico refirió dolor articular generalizado y en la parte cardio-respiratoria presenta RSCSRS NORMO VENTILADA, siéndole diagnosticado ARTRITIS REUMATOIDES NO ESPECIFICADA.

Agrega que el 4/04/2008 la señora LEONOR TEJADA DE VALDERRAMA (q.e.p.d) amaneció con mayor dolor y por tanto acudió nuevamente al centro médico en compañía de sus familiares, como motivo de consulta el dolor en todas las articulaciones y diagnóstico de ARTRITIS NO ESPECIFICADA, por lo que le fue formulado Naproxeno por 250 tabletas, Metarcarbamol por 250 tabletas y Clotrimazol en crema, sin embargo, al continuar con los padecimientos, el 5 de abril de 2008 acudió nuevamente a urgencias, teniendo como sintomatología de un brote asociado con fiebre, teniendo que entrar en silla de ruedas, diagnosticándole FIEBRE NO ESPECIFICADA, para lo cual le fue ordenado dexametasona, predhisona, loratadina y recuento de plaquetas, dados los padecimientos ante varios días de fiebre y decaimiento general.



Que el 11 de abril de 2008 ingresa por tercera vez al centro médico por presentar PALPITACIONES y DISNEA, EPIGASTRALFA enfermedad HEMORROIDECTOMIA EAP y ARRITMIA CARDIACA NO ESPECIFICADA, prescribiéndole solución de ringer y metropol tártaro con ecografía taquiarritmia supraventricular, siendo remitida para manejo por su segundo nivel.

Al ingresar a la ESE HOSPITAL MARÍA INMACULADA a las 23:20 del 11/04/2008 con el diagnóstico de DOLOR TORAXICO, ANGINA INESTABLE, HIPOGLICEMIA y obesidad mórbida, siéndole ordenado exámenes médicos, y valoración por cirugía, debido a las patologías de CARDIOPATIA y VASCULOPATÍA SEVERAS y GASTROPATIAS SECUNDARIA y en valoración del 12/04/2008 siendo las 10 horas el médico tratante describe “SINDROME DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA-SEPSIS-SHOCK SÉPTICO-NECROSIS MESENTERICA”, significando que la paciente presentaba un cuadro clínico de gravedad siendo la única vía la realización de una cirugía, ya que esto ocurre cuando un coágulo de sangre obstruye una de las venas mesentéricas que son las principales que drenan la sangre desde los intestinos y frente a la SEPSIS puede desencadenar una reacción inflamatoria aguda, ésta es provocada por una infección, ante lo cual señala que la paciente sólo estuvo en las camillas de urgencias donde no tiene seguridad a fin de evitar un contagio o que la misma hubiera podido adquirir en esa sala llena de pacientes de toda clase de enfermedades la infección.

Que ante dicha situación nos encontramos ante una típica falla en el servicio médico, dado que la paciente presentaba un cuadro de NECROSIS MECENTERICA, debiendo el médico ordenar la inmediata cirugía y si la paciente presentaba SINDROME DE RESPUESTA INFLAMATORIA proviene de un infección, la cual la adquirió en la sala de urgencias de la ESE HOSPITAL MARÍA INMACULADA que condujo a la muerte de la paciente a las 18:30 como consecuencia de una FALLA ORGANICA MULTISISTÉMICA SEPSIS-SHOCK SÉPTICO-.

Así mismo, que se presentó falla por cuanto a la paciente la sedaron sin tener en cuenta que la patología no la requería, pues fue valorada por medicina interna sin haberla llevado a quirófano siendo necesaria la realización de una laparotomía, así como también le debieron practicar los exámenes de LDH, AST y ALT a fin de determinar su diagnóstico a tiempo y no dejar avanzar considerablemente su estado de salud como ocurrió.

3. CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA.

3.1. Partes Demandadas:

- a) CAJA DE PREVISION SOCIAL DE COMUNICACIONES –CAPRECOM EICE-. (Fl. 77-92 c.1)

Frente a los hechos de la demanda indica que es cierto lo relacionado con los años de edad de la señora LEONOR TEJADA DE VALDERRAMA, quien se encontraba afiliada a salud en el régimen subsidiado de CAPRECOM y que era atendida por el HOSPITAL COMUNAL LAS MALVINAS de Florencia-Caquetá y que fue remitida a segundo nivel de complejidad al HOSPITAL MARÍA INMACULADA el 11 de abril del 2008 con el diagnóstico de dolor torácico, angina inestable, hipoglicemia y obesidad mórbida para valoración por cirugía.

Manifiesta que no es cierto el buen estado de salud por que gozaba la causante ya que se hace una interpretación sesgada de la historia clínica en la medida que la calificación de estado normal analizada el 12 de diciembre del 2017 no necesariamente refleja a su estado de salud ya que posteriormente la misma parte aduce que la fallecida padecía de hipoglucemia obesidad mórbida, cardiopatía y vasculopatía severa y gastropatía secundaria donde estas enfermedades no aparecen en 4 meses, es decir presenta un estado avanzado en su enfermedad y no gozaba con buen estado de salud.

Sostiene que no es cierto y requiere que se pruebe lo relacionado con los brazos de familiaridad entre su hija su nieto y su yerno, así como que la causante era la encargada de velar por su hija dado su condición de invalidez que presentaba.

Indica que la fallecida no reunía todas las condiciones para aseverar que su estado de salud era excelente ya que se trataba de una persona de la tercera edad cuyo organismo presenta un desgaste natural por la edad y demás complicaciones asociadas al modo de vida, además que ésta era de escasos recursos económicos y que estaba vinculada al sistema de seguridad social subsidiada destinada a amparar para la población pobre y vulnerable por lo que se deduce que sus condiciones de vida no le permitía tener a sus 72 años de edad un excelente estado de salud.



Señala que no le consta y requiere que se apruebe lo relacionado con el 3 de abril la señora LEONOR TEJADA acudió en compañía de su hija y yerno a la al HOSPITAL COMUNAL LAS MALVINAS por presentar POLIARTRALGIAS de un año y PIROSIS, ni tampoco del ingreso el 4 de abril del 2008 por presentar dolor en todas las articulaciones y del 5 de abril tuvo que entrar por silla de ruedas ni el diagnóstico de fiebre diagnosticada, siendo atendido médicamente por los protocolos de rigor como consta en la historia clínica.

Manifiesta que no le consta que el 11 de abril tuvo que regresar nuevamente al HOSPITAL COMUNAL LAS MALVINAS, por lo que requiere que se pruebe, sin que sea cierto que lo indicado era ordenar la hospitalización inmediata desde el 5 de abril y que por ende se hubiera evitado el desenlace trágico, siendo parcialmente cierto del diagnóstico dado a la paciente del 12 de abril relacionado con síndrome de respuesta inflamatoria, pero la conclusión a la que llega el demandante debe probarse en el proceso además que presume que la fallecida contrajo una infección en el centro hospitalario y que según él, es la causa eficiente del descenso sin contar con el soporte probatorio para hacer esa aceveración, máxime cuando la muerte de la misma, el 12 de abril, ocurrió como consecuencia de una falla orgánica múltiple sistémica - choque séptico.

Aduce que no existió falla médica, ésta fue atendida siguiendo los protocolos de rigor como se muestra la historia clínica, oponiéndose a las pretensiones de la demanda y propone como excepción la *falta de legitimación en la causa por pasiva, indebida legitimación del litisconsorte necesario, improcedencia de la responsabilidad*, operando los eximentes de responsabilidad de *hecho de la víctima y hecho de un tercero*.

b) ESE HOSPITAL COMUNAL LAS MALVINAS. (Fls. 118- 120 c.1)

Frente a los hechos sostiene que la residencia, la edad de la señora LEONOR TEJADA DE VALDERRAMA es un estado que le compete al demandante demostrar y frente al buen estado de salud de la misma, aduce que corresponde a una apreciación subjetiva de la parte actora de lo cual no está demostrado en el expediente, así como que tampoco que convivía con su hija tu nieto y su yerno y que los unían grandes lazos de familiaridad.

Qué es cierto que la causante se encontraba afiliada al régimen subsidiado en salud y que era atendida por el HOSPITAL COMUNAL LAS MALVINAS y frente a los demás hechos manifiesta que no son ciertos, como quiera que corresponden al tema central de la imputación de responsabilidad y deberá probar los hechos toda vez que no se puede en esta instancia compartir dicho criterio por lo que en virtud de la libertad probatoria solicitará al instituto de Medicina legal que se pronuncie frente a los hechos.

Así mismo, frente a las razones de defensa indica que la atención médica y el manejo dado a la paciente por el personal médico y paramédico estuvo dentro de los parámetros protocolarios normales sin que se observe negligencia impericia por parte de los facultativos siendo necesario exponer razonada y probatoria mente que existen argumentos suficientes para que se garantice en el desarrollo procesal la tesis de no responsabilidad que se predica respecto a los hechos y a las pretensiones de la demanda

Propone como excepciones la *ausencia de nexo causal y de responsabilidad*.

- c) La ESE HOSPITAL MARÍA INMACULADA no contestó la demanda, según constancia secretarial del 21/07/2011 obrante a folio 121 del cuaderno principal 1.

3.2. Llamamientos en Garantías:

- a) Llamamiento en garantía de la ESE HOSPITAL COMUNAL LAS MALVINAS a LA COMPAÑÍA ASEGURADORA LA PREVISORA SA. (Fls. 3-4 c. llamamiento 1).

Sostiene que la señora LUZ INDARY YUNDA TEJADA Y OTROS, accionaron en contra de la ESE HOSPITAL MARÍA INMACULADA como consecuencia de la presunta falla en la prestación del servicio médico prestado a la señora LEONOR TEJADA DE VALDERRAMA durante la primera mitad del mes de abril de 2008 y que para la fecha de los hechos tenía una relación contractual vigente consistente en el contrato de seguro representado por medio de la póliza de seguros No. 1001446, donde se certifica que el objeto es amparar la responsabilidad civil profesional médica derivada de la prestación del servicio de salud desde el 06/12/2007 al 06/12/2008.



Por lo que en evento de proferirse una sentencia condenatoria, solicita que la PREVISORA SA COMPAÑÍA DE SEGUROS debe responder por el pago de los perjuicios ocasionados a los demandantes, por concepto de la supuesta omisión y falla en el servicio médico de salud.

3.3. Contestación del llamado en garantía:

- a) Contestación de LA COMPAÑÍA ASEGURADORA LA PREVISORA SA., ante el Llamamiento en garantía por la ESE HOSPITAL COMUNAL LAS MALVINAS a (Fls. 10-16 c. llamamiento 2, Fls. 12-17 c. llamamiento 1).

Se opone a las pretensiones de la demanda por carecer de fundamentos facticos y jurídicos, como quiera que el seguro no opera de forma automática y está regulado por las condiciones pactadas por las partes y que se encuentran contenidas en la caratula y condiciones generales de la póliza.

Así mismo, que nos encontramos con hechos de la demanda que no son objeto de cobertura, por lo que de proferirse sentencia condenatoria contra el Centro médico con base en tales hechos, no procede el pago a la indemnización con fundamento en la póliza arrimada al proceso como fuente de obligación a cargo de la PREVISORA.

Que es cierta la existencia de la póliza 1001446 pero a efecto de establecer la responsabilidad de la aseguradora deberá estarse a lo pactado en los contratos de seguros, cuyas estipulaciones contractuales se recogen en las condiciones generales. Propone como excepciones, *ausencia de cobertura y ausencia del derecho a la indemnización por no haber ocurrido el siniestro.*

4. ALEGATOS DE CONCLUSIÓN.

- a) Llamado en Garantía LA PREVISORA SA COMPAÑÍA DE SEGUROS: (Fl. 407 c. 2)

Indica que del análisis probatorio se logra evidenciar que no se comprobó la configuración de todos los elementos de responsabilidad por lo que debe negarse las pretensiones de la demanda ya que no hay reproche alguno frente a la conducta desplegada por el Hospital María Inmaculada (sic) ya que la muerte de la paciente obedeció una falla orgánica multisistémica como consecuencia de sus propias falencias y no de la conducta activa u omisiva de la institución médica.

Que la parte demandante se encargó en demostrar el perjuicio sufrido omitiendo lo relacionado a la conducta y el nexo causal siendo estos elementos necesarios dentro del régimen de responsabilidad aplicable por lo que solicita no acceder a las pretensiones de la demanda.

Frente al llamamiento en garantía aduce que se debe alejar de las sentencias expedidas por el Tribunal del Caquetá ya que no sólo desconoce el postulado normativo sino que va en contra de la realidad procesal, siendo necesario centrar la atención en la cláusula mediante la cual se pactó la modalidad especial, en la que indica que la previsor se obliga a indemnizar al asegurado por cualquier suma de dinero que esté deba pagar a un tercero en razón a la responsabilidad civil en que incurra exclusivamente como consecuencia de cualquier acto médico, que en las demás cláusulas se determina que la cobertura de seguro que sirve como base para el llamamiento dispuso que el riesgo asegurado consistía no en la ocurrencia del hecho extremo imputable al asegurado sino conforme a otra modalidad especial consistente en la presentación de la reclamación pues se formuló la reclamación después de expirar la vigencia de la póliza 1001446 que presenta la entidad segura como base y soporte de llamamiento por tanto no se encuentra cubierta por el seguro conforme las condiciones pactadas.

Por consiguiente, si durante la vigencia material ocurre el hecho generador del año imputable a responsabilidad del asegurado surge el derecho a la indemnización de forma que si el asegurado advierte sobre la inminencia del patrimonio del asegurado está afectado como consecuencia de dicha deuda procede afectar su patrimonio mediante pago de la indemnización.

que se concluye que no hay prueba caminada demostrar que durante la vigencia del seguro si hubiera reclamado los hechos objeto de mano por lo que deberán declararse aprobada la respectiva excepción de mérito denominada ausencia de cobertura del seguro e inexistencia del siniestro.

- b) Parte Actora: (Fl. 420-421 c. 2)

Reitera las pretensiones de la demanda en el entendido de declarar al HOSPITAL MARÍA INMACULADA, al HOSPITAL COMUNAL LAS MALVINAS y a CAPRECOM como responsables



solidarios por los perjuicios ocasionados a los demandantes por la muerte de la señora LEONOR TEJADA DE VALDERRAMA ya que de las pruebas allegadas al proceso se demuestra las circunstancias de dolor que le causó con la falla en el servicio que le costó la vida.

Que la no atención oportuna de la causante se presentó en todo su proceso final al serle denegada la hospitalización la cual hubiera salvado la vida alargando su sufrimiento donde su muerte fue producto de la tensión inoportuna pues la salud de la misma era excelente ya que apenas requería algunos cuidados de las dolencias propias de la edad las cuales no eran de mayor importancia.

Que la falla en el servicio se genera ya que la paciente presentaba un cuadro de necrosis mesentérica el médico debió haber ordenado de manera inmediata una cirugía, y en segundo lugar, si se presentó un síndrome de respuesta inflamatoria proveniente de una infección está fue adquirida en la sala de urgencias del Hospital María Inmaculada la cual la condujo a la muerte por lo que solicita despachar favorablemente las pretensiones de la parte actora al reunirse los requisitos exigidos para la reparación de las víctimas.

c) La ESE HOSPITAL MARÍA INMACULADA: (Fl. 422-427c. Ppal 2)

Después de hacer un resumen de la historia clínica de la señora LEONOR TEJADA DE VALDERRAMA desde su ingreso el 11 de abril de 2008, a las 23:50, en la que se destaca el inicio de los tratamientos para estabilizar a la paciente pese a ello en la nota del 12/04/2008 a las 18 horas ya había sido valorada nuevamente por el cirujano general en 2 ocasiones, por el internista en 2 ocasiones más, donde ya se había determinado que la paciente estaba en un estado de shock irreversible y se había determinado que la paciente no era reanimable.

Que la paciente se encontraba desde su ingreso en un proceso de falla multisistémica con signos de respuesta inflamatoria sistémica y signo de choque séptico las cuales llevaron a un estado irreversible y de no reanimación, pues fallece a las 24 horas a su ingreso sin haber podido llegar a un diagnóstico exacto, con deterioro rápido y progresivo de su estado de salud a pesar de las medidas terapéuticas indicadas, lo cual habla de la gravedad en que ingresó.

Que no es lógico que la paciente haya adquirido la infección en la camilla de urgencias ya que esta situación podría darse en caso de contaminación por bacterias agresivas que invadan el torrente sanguíneo, como por ejemplo una herida abierta que se contamina por materia fecal no por estar en una camilla de urgencias en una sala llena de pacientes potencialmente contagiosos.

Que resultan erróneas las conclusiones respecto a que la paciente presentara una impresión diagnóstica de trombosis mesentérica, lo cual está proceso de comprobación de diagnóstico conforme las valoraciones efectuadas por los dos cirujanos que no encuentran signos de irritación peritoneal lo cual hubiese sido indicativo de realizar en este caso una laparotomía de urgencia por lo tanto, no es necesario que se debiera haber ordenado una cirugía de manera inmediata, pues no había criterio clínico ni exámenes para hacer, sin que sea cierto que haya indicios de que la misma hubiere adquirido una infección en la sala de urgencias.

Agrega que al encontrarse la paciente ya ingresada al HMI, necesitaba estar sedada, debido a su marcado estado de agitación, adulez de la paciente, de la cual se estaba sospechando una trombosis mesentérica, por lo que le fue realizado una ecografía abdominal la cual no reportó si no un quiste en el hígado y ya se había solicitado un Doppler venoso de miembros inferiores, el cuál es el examen adecuado para descargar la presencia de coágulos esto habría hecho más certera la sospecha de la patología ya que ocurre secundario a un tromboembolismo proveniente de miembros inferiores.

Sin embargo, esto no se alcanzó a llevar a cabo por la severidad del cuadro de la paciente por el estado séptico que en pocas horas se volvió irreversible a pesar de las medidas que se tomaron para tratar que los exámenes mencionados en la demanda, aunque pueden adoptar un diagnóstico no hacen un diagnóstico específico de la causa por tanto no era obligatoria su realización y a pesar todos los intentos por su estabilización no fue posible ya que no dio tiempo de realizar un diagnóstico definitivo pues tuvo un deterioro rápido hasta volverse irreversible razón por la cual finalmente falleció.

Por consiguiente, indica que no se acreditó la falla en el servicio médico y que ésta fuera atribuible al Hospital María Inmaculada, tampoco el nexo causal entre el uno y el otro pues no se demostró una mala praxis por parte de los médicos, sino que la muerte se produjo por las malas condiciones en las que ingreso la paciente, sin embargo, no presentó signos de irritación peritoneal que obligaran a realizar una laparotomía de urgencia, como lo solicita la parte actora.



Que la parte demandante pretende sustentar la responsabilidad patrimonial del hospital de manera exclusiva a la valoración prestada a la paciente el 11 de abril de 2008 a las 11:50 de la noche hasta las 6 de la tarde del 12 de abril de 2008, fecha para la cual la paciente ingresa remitida en malas condiciones generales y con varios días de evolución.

Sostiene que al ingreso la paciente fue valorada por medicina general estando en etapa inicial de diagnóstico y que obligó según sus signos vitales a descartar de entrada alguna patología de origen cardíaco tipo infarto, su abdomen era doloroso pero no se encontraron signos de irritación peritoneal que indicarían la necesidad de una laparotomía de urgencia y al descartar la patología coronaria la actividad diagnóstica se centró en su abdomen donde fue valorada en primera instancia por el cirujano general sin indicar signos de irritación, siendo solicitado otros paraclínicos entre ellos una ecografía abdominal total que sólo muestra un quiste pequeño estando aún en etapa diagnóstica, no obstante, desde su ingreso tenía signos correspondientes con SÍNDROME DE RESPUESTA INFLAMATORIA SÉPTICA Y UN PROCESO ASEPTICO ASOCIADO, ya que ingresa taquicardia con hipoxia y con hipoglucemia con constantes vitales que están alterados debido a la patología intentando ser la estabilización inicial con líquido y muestra un proceso séptico con muy mal pronóstico quién continuo decaída y a pesar de todo el esfuerzo clínico no fue posible lograr la supervivencia de la paciente por lo que solicita denegar las pretensiones de la demanda.

d) HOSPITAL COMUNAL LAS MALVINAS (Fl. 431-435 c.2)

Sustenta sus alegatos en que no existe responsabilidad probatoria de imputar el hecho dañoso al hospital, ya que no está clasificada la ocurrencia del nexo causal entre la conducta de los médicos y la muerte de la señora LEONOR TEJADA por lo que se opone a que prosperen las pretensiones de la demandante.

Manifiesta que si bien la paciente en el año 2008 ingresó a consulta el 3 de abril del 2008 donde le fue realizado un examen físico general, por presentar dolor generalizado y en la parte cardiorrespiratoria representaba RSCRS NORMO VENTILADA y que vuelve al día siguiente por dolores en todas las articulaciones, que el día 5 acude nuevamente, teniendo como diagnóstico fiebre no especificada, lo cierto es, que el HOSPITAL COMUNAL LAS MALVINAS es un centro hospitalario de primer nivel por lo tanto incluye puestos y centro de salud en la que brinda tan sólo una atención básica y que se cuentan con médicos generales para la atención de consultas sin que se realicen procedimientos quirúrgicos y eventualmente presta servicio de odontología.

Que a la parte actora le correspondía probar el daño la relación de causalidad entre la acción y el daño resultante y hasta el momento la parte actora no demostró ninguno de los hechos en relación a la causalidad y hasta ahora no ha llegado a demostrar la falta de negligencia imprudencia o impericia por parte de los galenos del centro hospitalario.

Que el diagnóstico es la primera etapa de la actividad del médico y de la cual depende el tratamiento que van a aplicar los medios que estén a su alcance para llegar de manera a un diagnóstico acertado por lo que es una obligación de medios y no de resultados ya que un error en esta etapa no constituye por sí mismo una culpa profesional a menos que se causa por ligereza lo cual en este asunto no se encuentra demostrado por lo que solicita que se nieguen todas y cada una de las pretensiones de la demanda.

e) CAPRECOM EICE hoy PAR CAPRECOM LIQUIDADO (Fl. 436 al 443)

Manifiesta oposición a la fundamentación fáctica y jurídica de la demanda toda vez que las pretensiones están encaminadas bajo el desconocimiento de presupuestos probatorios ya que CAPRECOM como EPS siempre garantizó el servicio de salud a la causante mientras estuvo afiliada a dicha empresa teniendo a su disposición especialistas, tratamientos, medicamentos y una completa red de instituciones prestadoras de salud a las cuales podía acudir sin algún reparo.

Aduce la ausencia de falla y por ende el rompimiento de la presunción de imputabilidad y por consiguiente la muerte de la señora LEONOR TEJADA no le es imputable, máxime cuando de la historia clínica se desprende que tanto las atenciones iniciales en el mes de abril como las últimas previo a su deceso le fueron garantizadas dentro del Sistema General de Salud por PAR CAPRECOM, sin que existiera prueba siquiera sumaria que permitiera evidenciar que se le debía ordenar o practicar cirugía para su patología y que por ello se produjo la muerte, ya que era una paciente de avanzada edad y que padecía enfermedades tales como hipoglucemia, obesidad mórbida, cardiopatía, vasculopatía severa y gastropatía secundaria.



Agrega que quienes le prestaron los servicios de salud fueron el HOSPITAL MARÍA INMACULADA y el HOSPITAL COMUNAL LAS MALVINAS, quienes cuentan con autonomía administrativa técnica y financiera y además que el personal médico tenía la obligación de la guarda, cuidado seguridad y protección con la paciente sobre la cual la entidad no tiene ninguna posición dominante ni relación contractual, máxime cuando los actos médicos son practicados por profesionales de la salud de conformidad con los protocolos médicos y *Lex artis* que no aplica la EPS.

Por último, sostiene que no existe en el presente caso una negación del servicio ya que no hay demora en las autorizaciones que requirió la paciente para todas sus patologías Así como tampoco alguna afectación al sistema de referencia y contra referencia y menos faltas graves o leves en el proceso de administración del sistema, razón por la cual solicita declarar probada la excepción de ausencia responsabilidad solidaria falta de legitimación en la causa por pasiva y demás excepciones propuestas negando así las pretensiones de la demanda.

f) Ministerio público: No emitió concepto en el presente asunto.

5. CONSIDERACIONES DEL DESPACHO.

5.1. Competencia.

Agotadas como están las diferentes etapas procesales sin que se avizore circunstancia alguna que invalide lo actuado, se procede a tomar la decisión que ponga fin al presente litigio por ser competente el Juzgado Cuarto Administrativo de Florencia para conocer y fallar el presente proceso, por la naturaleza de la acción, la cuantía y el lugar donde ocurrieron los hechos, según los artículos 134, 134 B y 134 D, literal f del CCA.

5.2. Problema Jurídico.

¿Las entidades demandadas, junto con el llamado en garantía, deben responder por los daños y perjuicios ocasionados a los demandantes ante la indebida prestación del servicio médico de salud por los padecimientos que presentaba la señora LEONOR TEJADA DE VALDERRAMA, y que conllevó a su fallecimiento, como consecuencia de una infección nosocomial, generándole la pérdida de oportunidad de recuperarse?

5.3. Asunto Previo – Sucesión Procesal-

La figura de la sucesión procesal se encuentra regulada en el artículo 60 CPC¹, y es aplicable al presente proceso en virtud de la remisión que efectúa el artículo 267 del CCA.

El Despacho, indica que la presente demanda fue interpuesta en contra de varias entidades, entre ellas la EPS CAPRECOM EICE, como quiera que para la época de los hechos éste se encontraba en funcionamiento y a quien se le atribuye responsabilidad en el asunto.

No obstante, observa el Despacho, que según lo dispuesto en la ley 1151 de 2007 y Decreto 2591 de 2015 y 2192 de 2016, dicha entidad desapareció a partir del 27 de enero de 2017, por lo que no puede ser objeto de derechos ni obligaciones, pero previo al cierre liquidatorio y con la facultad de celebrar contratos de fiducia mercantil con el fin de pagar los pasivos, se decidió conformar un Patrimonio Autónomo.

Así las cosas, atendiendo que dicha situación fue dispuesta en la ley, el Despacho considera procedente decretar la sucesión procesal en el asunto, atendiendo que reúne los requisitos establecidos en el artículo 60 del Código de Procedimiento Civil, para todos los efectos de la presente sentencia y se tendrá dentro del presente proceso que la entidad que continúa defendiendo los pasivos de CAPRECOM EICE, a PAR CAPRECOM LIQUIDADADO.

¹ **ARTÍCULO 60. SUCESIÓN PROCESAL.** Fallecido un litigante o declarado ausente o en interdicción, el proceso continuará con el cónyuge, el albacea con tenencia de bienes, los herederos, o el correspondiente curador.

Si en el curso del proceso sobrevienen la extinción de personas jurídicas o la fusión de una sociedad que figure como parte, los sucesores en el derecho debatido podrán comparecer para que se les reconozca tal carácter. En todo caso, la sentencia producirá efectos respecto de ellos aunque no concurren.

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

El auto que admite o rechaza a un sucesor procesal es apelable.

Las controversias que se susciten con ocasión del ejercicio del derecho consagrado en el artículo 1971 del Código Civil, se decidirán como incidentes."



5.4. Excepciones.

- a) La entidad demandada PAR CAPRECOM LIQUIDADO propuso la excepción de *falta de Legitimación en la causa por pasiva*, al considerar que no es sujeto pasivo de la presente acción.

Al respecto es de señalar que la legitimación en la causa por el lado pasivo, es la identidad del demandado con quien tiene el deber correlativo de satisfacer el derecho². La legitimación es, por lo tanto, un presupuesto material de la sentencia de mérito favorable a alguna de las partes de la *litis*³ una vez se resuelva el fondo del asunto.

Por tal razón, para el Despacho, es necesario citar, la sentencia proferida por el H. Consejo de Estado⁴ que sobre el particular sostuvo:

“La legitimación en la causa tiene dos dimensiones, la de hecho y la material. La primera surge de la formulación de los hechos y de las pretensiones de la demanda, por manera que quien presenta el escrito inicial se encuentra legitimado por activa, mientras que el sujeto a quien se le imputa el daño ostenta legitimación en la causa por pasiva. A su vez, la legitimación material es condición necesaria para, según corresponda, obtener decisión favorable a las pretensiones y/o a las excepciones, punto que se define al momento de estudiar el fondo del asunto, con fundamento en el material probatorio debidamente incorporado a la actuación. Así, tratándose del extremo pasivo, la legitimación en la causa de hecho se vislumbra a partir de la imputación que la demandante hace al extremo demandado y la material únicamente puede verificarse como consecuencia del estudio probatorio, dirigido a establecer si se configuró la responsabilidad endilgada desde el libelo inicial...”

Conforme a la jurisprudencia precitada queda claro entonces que la legitimación en la causa es necesaria para proferir sentencia de mérito, bien sea esta favorable o no a las pretensiones de los accionantes o de las entidades demandadas, razón por la cual en el caso objeto de estudio atendiendo que lo pretendido se le atribuye a las actuaciones adelantadas por las entidades demandadas, tanto por la presunta mora en las autorizaciones y prestación del servicio médico y asistencial por parte la EPS CAPRECOM EICE hoy PAR CAPRECOM LIQUIDADO, por lo que el Despacho denegará la excepción así propuesta.

- b) De las demás excepciones propuestas por las entidades demandadas y el llamado en garantía:

(PAR CAPRECOM LIQUIDADO - *indebida legitimación del litisconsorte necesario, improcedencia de la responsabilidad*, con los eximientes de responsabilidad de *hecho de la víctima y hecho de un tercero*, ESE HOSPITAL COMUNAL LAS MALVINAS - *ausencia de nexo causal y de responsabilidad*, y LA PREVISORA SA -, *ausencia de cobertura y ausencia del derecho a la indemnización por no haber ocurrido el siniestro*.)

Para el despacho las excepciones propuestas no tienen tal calidad, 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 las entidades públicas demandadas, 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 que confuran la responsabilidad estatal.

- c) Legitimación e interés de las partes.

Dentro del presente asunto demandan:

Demandante	Calidad que Comparece	Poder (Fl)	Acreditación (Fl)
LUZ INDARY YUNDA TEJADA	Hija	1, 143, 186-187	10
JESÚS ESNEIDER DURAN YUNDA	Nieto	1, 143, 188-189	190
EVELIO DURÁN PÉREZ	Yerno	2, 142, 184-185	12

² Sentencia de 13 de febrero de 1996, exp. 11.213. En sentencia de 28 de enero de 1994, exp. 7091, el Consejo de Estado expuso: “En todo proceso el juzgador, al enfrentarse al dictado de la sentencia, primeramente deberá analizar el aspecto relacionado con la legitimación para obrar, esto es, despejar si el demandante presenta la calidad con que dice obrar y si el demandando, conforme con la ley sustancial, es el llamado a enfrentar y responder eventualmente por lo que se le enrostra. En cuanto a lo primero, se habla de legitimación por activa y en cuanto a lo segundo, se denomina legitimación por pasiva”.

³ Sentencia de 1º de marzo de 2006, exp. 15.348.

⁴ CONSEJO DE ESTADO, SECCIÓN TERCERA, Consejera ponente: MARTA NUBIA VELÁSQUEZ RICO (E), tres (3) de diciembre de dos mil dieciocho (2018). Radicación número: 68001-23-31-000-2003-00642-01(40615)



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 LEONOR TEJADA DE VALDERRAMA (q.e.p.d).

A las entidades demandadas, 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 de la señora LEONOR TEJADA DE VALDERRAMA, y en virtud de los vínculos contractuales adquiridos, y en lo atinente al Ministerio Público, le asiste interés por mandato de la ley.

d) 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.

5.5. Régimen de responsabilidad.

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 recientemente⁵ 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 distinto⁶:

“[L]a 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.

Que teniendo en cuenta las circunstancias se adopta el régimen objetivo, y que la prueba de la falla del servicio pueda ser producida por medios indiciarios, ante la frecuente dificultad de aportar pruebas directas.

.-De la responsabilidad derivado de la actividad médica por una Infección Nosocomial:

⁵ 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).

⁶ 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).



El Consejo de Estado⁷ en relación con la responsabilidad médica dentro del régimen objetivo por infección nosocomial, ha estipulado que “...es importante resaltar la diferencia existente entre dos supuestos de hecho como son: 1) el caso en el que el paciente adquiere la bacteria causante de la infección en el hospital o clínica en donde está siendo atendido por otro asunto de salud, lo que se conoce como origen exógeno de la infección y 2) el caso en el que el paciente traía consigo la bacteria que generó la afectación, pero como consecuencia de la intervención quirúrgica o procedimiento invasivo – circunstancia que puede romper las barreras naturales de defensa de los organismos vivos-, se desató la infección causante del daño (translocación bacteriana), lo que se conoce como infección de origen endógeno.

17. Las bacterias hospitalarias que generan daños en los pacientes⁸ y que son relevantes para el análisis de la responsabilidad, son las llamadas multirresistentes y resulta imposible erradicarlas totalmente de los hospitales. Si bien la falta de asepsia es un factor que puede facilitar la existencia de tales bacterias hospitalarias, la ciencia médica informa que aún en las condiciones más óptimas de higiene es posible hallarlas. Por esta razón, pueden ocurrir eventualidades en las que se presenta un caso de infección de origen intrahospitalario, no obstante la entidad de salud haber cumplido los protocolos de higiene.”

Recientemente el Consejo de Estado en providencia del 29/04/2019⁹ precisó lo siguiente:

“Esta Corporación ha aplicado, desde 2009¹⁰, y en forma consolidada desde el año 2012¹¹, el régimen objetivo de responsabilidad para el estudio de casos de responsabilidad médica por infecciones intrahospitalarias, como una excepción a la regla general que considera que la responsabilidad médico-hospitalaria se encuentra asentada sobre la base de un criterio culpabilista. En tales casos, la sala ha dicho que:

“... para que pueda declararse la responsabilidad patrimonial del Estado, quien alega haber sufrido un perjuicio deberá acreditar que la infección que afectó a la víctima fue adquirida en el centro hospitalario o asistencial o que se produjo como consecuencia de un procedimiento médico, sin que en tal evento resulte necesario que se pruebe que la entidad demandada actuó de manera indebida o negligente; ésta última, por su parte, podrá eximirse de responsabilidad única y exclusivamente probando que la infección, para el caso que ocupa a la Sala en esta oportunidad, ocurrió como consecuencia de una causa extraña, esto es una fuerza mayor o el hecho determinante y exclusivo de la víctima o de un tercero.¹²”

Por lo que para determinar la responsabilidad del Estado por los daños supuestamente causados por las demandadas a la señora LEONOR TEJADA DE VALDERRAMA, ante la omisión y la indebida prestación del servicio médico de salud ante los padecimientos que presentaba y que conllevó al fallecimiento de la misma, el juez fallador debe determinarse de acuerdo a dichos criterios ya puntualizados, y para el caso en concreto donde los demandantes alegan una ineficiente prestación del servicio médico derivado en una pérdida de la oportunidad, el Despacho estudiará el presente caso bajo el régimen de responsabilidad probada (*falla en el servicio*) donde le corresponde al actor demostrar el daño por el acto médico y el nexo causal entre este y la entidad; y por último determinar que la muerte de la causante fue ocasionada por una la infección adquirida en el centro hospitalario o que se produjo como consecuencia de un procedimiento médico, sin que en éste estadio sea necesario demostrar que la entidad demandada actuó de manera indebida o negligente, como infección nosocomial del régimen objetivo.

5.6. 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*”

⁷ SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO SECCIÓN TERCERA – SUBSECCIÓN “B” Consejero Ponente: Danilo Rojas Betancourth Bogotá D.C., treinta (30) de abril de dos mil catorce (2014) Expediente: 28214 Radicado: 25000232600020101960 01

⁸ El término acuñado recientemente para este tipo de situaciones es infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACS). Ésta expresión, abarca no solamente las infecciones adquiridas en un hospital en sentido estricto, sino aquellas que sin relacionarse a una locación, acompañan la actividad médica. Sin embargo, por lo amplio que puede resultar el término IACS, la Sala mantendrá la expresión nosocomial o intrahospitalaria, con el fin de pronunciarse específicamente frente a los casos presentados en hospitales y clínicas. Una infección de tipo nosocomial u hospitalaria, ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud en los siguientes términos: “Una infección contraída en el hospital por un paciente internado por una razón distinta de esa infección. Una infección que se presenta en un paciente internado en un hospital o en otro establecimiento de atención de salud en quien la infección no se había manifestado ni estaba en período de incubación en el momento del internado. Comprende las infecciones contraídas en el hospital, pero manifiestas después del alta hospitalaria y también las infecciones ocupacionales del personal del establecimiento” http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Minisite/VINCat/Documents/Manuals/Arxius/m_anual-oms.pdf

⁹ CONSEJO DE ESTADO-SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO-SECCIÓN TERCERA-SUBSECCIÓN C-Fecha: 29-04-2019.Radicación número: 76001-23-31-000-2003-03991-01 (41830)

¹⁰ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 19 de agosto de 2009, Exp. 17.333.

¹¹ Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección A, sentencia proferida el 27 de junio de 2012, Exp. 21.661

¹² Ibid.



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 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 por parte de la ESE HOSPITAL MARÍA INMACULADA obrante a folio 34 del cuaderno de pruebas de la parte demandada, en la que se anota que la señora LEONOR TEJADA DE VALDERRAMA estando en urgencias el 12 de abril de 2008 a las 18:00 horas con impresión diagnóstica de SÍNDROME DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA, SEPSIS SHOCK SEPTICO y NECROSIS MENTERICA, por lo que se deja en cuidado especial con monitoreo y fallece siendo las 18:30 horas y se traslada a la morgue, lo cual se corrobora con el registro civil de defunción con indicativo serial No. 08094645¹³, según el certificado médico de defunción de fecha 22/07/2008, 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 de la señora LEONOR TEJADA DE VALDERRAMA, sino que también expuso, como configurativo del mismo, la pérdida de la oportunidad de recuperarse, junto con la oportuna prestación del servicio de salud, dada la mora y error en el diagnóstico.

5.7. Nexo causal e imputabilidad:

Al respecto, tal como se precisó en acápites anteriores, se recuerda que la responsabilidad por falla médica ha evolucionado a lo largo de los años, y que la responsabilidad imputable al Estado implica una valoración de nexo de causalidad en la cual, es necesario que la causa determinante, directa, manifiesta e inmediata del daño, sea la actuación endilgada a la administración, se requiere probar que fue la impericia, falta de diligencia y la ausencia de la oportuna atención de la señora LEONOR TEJADA DE VALDERRAMA cuando requirió la atención médica, por lo que se procederá a analizar las pruebas obrantes en el plenario, de las cuales se puede observar:

Que la señora LEONOR TEJADA DE VALDERRAMA se encontraba afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud dentro del régimen subsidiado desde el 01/11/2005 en la EPS CAPRECOM EICE, según el carnet de afiliación No. 18001-359203¹⁴, por consiguiente vemos que dicha EPS para la época de los hechos era quien tenía a su cargo la administración de los recursos y la promoción de los servicios de salud del régimen subsidiado en el municipio de Florencia-Caquetá, contentivos en el POS-S, y la encargada de las contrataciones respectivas con las instituciones prestadores del servicio de salud (IPS), ello fue la ESE HOSPITAL COMUNAL LAS MALVINAS y la ESE HOSPITAL MARÍA INMACULADA, las cuales prestaban sus servicios de baja, mediana y alta complejidad según la categoría, entidades en las cuales le fue ofrecido el servicio de salud a la misma, tal como se mirará más adelante, según lo obrante en la historia clínica allegada.

Ahora bien, frente a los señalamientos realizados por la parte, es necesario analizar el contenido de la historia clínica, frente a la sintomatología que presentaba la paciente, el tratamiento ordenado y el diagnóstico determinado, con el fin de verificar las presuntas *fallas en el servicio* alegadas.

No obstante, previo a realizar el análisis de la prestación del servicio médico en los días del 3 al 12 del mes de abril de 2008, dado que éstas fueron señaladas por la parte actora donde se generaron las presuntas fallas, el Despacho hará alusión a las atenciones recibidas por la paciente con anterioridad a esas fechas y que obran consignada en la historia clínica, así:

a) Atenciones previas al mes de abril de 2008

¹³ Fl. 11, 191 c.1.

¹⁴ Fl. 13 c.1



- Valoración por Ortopedia en por la ESE HOSPITAL COMUNAL LAS MALVINAS en adelante HCM- el 09/11/2005¹⁵ por presentar un cuadro caracterizado por intenso dolor en región sacra, dificultad respiratoria leve, artralgia, prescribiéndole Rx de región sacra, además de medicamentos para dolor, antiinflamatorio y vitamina, con cita control con resultados.

-El 22/11/2005¹⁶ fue valorada en el HCM, allegando Rx de columna lumbosacra, la que informa: Osteopenia, Discopatía L5/S1, Espondilolistesis L5/S1 grado 1, calcificación de aorta abdominal, Vértigo, diagnosticándole una Discopatía L5/S1, EAP, Espondilolistesis L5/S1, siendo remitida por Ortopedia, algunos exámenes entre ellos de glicemia, para control y recomendaciones.

-Valoración por Ortopedia en la ESE HOPITAL MARÍA INMACULADA – en adelante HMI-, el 01/12/2005¹⁷ por presentar dolor en los huesos, aduciendo padecer úlcera, dolor en los pies y desvío en cola, en el que se indica que es una paciente obesa, con marcha en punta de pies, señal de LASEGUE negativa, musculatura abdominal, siendo remitida por fisioterapia y cita de control.

-Valoración por el HCM el 25/01/2006, con resultados de glicemia 78, con Estreñimiento, refiere cefalea hemicraneana derecha tipo picada, abdomen blando no dolor, diagnosticándole Cefalea, dislipidemia, para lo cual se le dan signos de alarma y medicamentos.

-El 13/03/2006 es atendida en el HCM, al referir cefalea, epigastralgia, registrando como estado físico la obesidad, dolor en hemicara derecha, dolor cervical, ruidos respiratorios disminuidos, dolor epigástrico, no masas, por lo que le recetan medicamentos.

-Remisión de la paciente a ORTOPEDIA por la ESE HOSPITAL COMUNAL LAS MALVINAS en adelante HCM- el 05/07/2006, dado el cuadro de rodilla dolorosa, y pese a su remisión hacía 20 días y la infiltración, el dolor persiste en forma aguda.

-Atención por ORTOPEDISTA del 8/08/2006 por el HCM¹⁸, por presentar dolor en la rodilla derecha, antecedente de artrosis rotulas, siéndole ordenado infiltración, medicamentos para el dolor y fisioterapia,

-Obra estudio de RX RODILLA DERECHA AP Y LATERAL de fecha 14/08/2006, por el Centro de Imágenes –Cedim-, en la que se opina de OSTEOPOROSIS DIFUSA EN GRADO LEVE A MODERADO, sin SIGNOS DE OSTEOARTRITIS EN RODILLA DERECHA.¹⁹

- Solicitud de remisión de pacientes por parte del HCM de fecha 05/04/2006²⁰ y 16/08/2006²¹ en la que la remite, para valoración por ortopedia, debido a que presentaba rodilla dolorosa con diagnóstico de OSTEOPOROSIS.

-Notas de evolución del HMI en la atención del 18/08/2008²², por Ortopedia, debido a que teniendo 70 años, padece de un dolor agudo en rodilla derecha. Artrosis rotulas de vieja data, diagnosticándole Artosis de rotulas, y derrame articular leve, por lo que le prescriben infiltraciones y diclofenaco, dolor, más hielo, fisioterapia y medicamentos.

-Atención del 15/09/2006²³ en el HMI por Ortopedia, en la que refiere un dolor menos intenso, iniciando el tratamiento para OSTEOPOROSIS, recentando medicamentos.

Solicitud de remisión de pacientes por parte del HCM de fecha 16/08/2006 en la que el médico cirujano remite a LEONOR TEJADA, para valoración por ortopedia, debido a que presentaba rodilla dolorosa con diagnóstico de OSTEOPOROSIS.

-Valoración del 16/4/07 por el HCM, al presentar dolor en las manos y rodillas, con antecedente de poliartralgias hace 8 meses, artrosis en rodillas, gastritis y tabaquismo de 6 a 7 cigarrillos al día, siéndole prescritos medicamentos.

¹⁵ Fl. 35 c.1, 89 c.pbs

¹⁶ Fl. 35 reves c. pbs dda

¹⁷ Fl. 23 c.1, 35, 89 c.pbs

¹⁸ Fl. 89 reves c. pbs

¹⁹ Fl. 19 c.1

²⁰ Fl. 24 c.1, 35 c. pbas dda

²¹ Fl. 88 c. pbas dda

²² Fl. 31 c.1 y 35 c. pbas dda

²³ Fl. 90 c. pbas dda, 35 c. pbas dda



-Nuevamente es atendida en el HCM, el 17/04/2007²⁴, por presentar un rasguño con cuadro clínico de 2 semanas de erupción en pierna izquierda ½ distal, con antecedente de artropatía, gastropatía, diagnosticándole micosis para lo cual le formularon una crema, con cita de control realizada el 19/06/07²⁵, al igual que el 9/8/07, al referir dolor en el cuerpo prescribiéndole medicamentos.

En virtud de lo antes expuesto, vemos que durante los años 2005 al 2007 la paciente contando con 69 a 70 años respectivamente, acudió en muchas oportunidades tanto al HCM como al HMI, debido a diversas patologías que padecía, en especial la OSTEOPOROSIS que le fuera diagnosticado, al igual que epigastralgia, obesidad mórbida, Discopatía L5/S1, EAP, Espondilolistesis, Artrosis de rotulas, Derrame articular leve, poliartralgias, Artrosis en rodillas, Gastritis, Tabaquismo y Micosis, en las cuales fue atendida por la IPS asignada para ello por parte de CAPRECON EICE, dentro de la red de servicios, ello en razón a la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud en el régimen subsidiado.

Así las cosas, es claro que carece de fundamento válido el argumento indicado por la parte actora al señalar que la paciente pese a contar con 72 años de edad, era una persona con buen estado de salud, pues como ya quedó demostrado, ésta contaba con patologías de base que requerían control permanente y continuo, máxime cuando la atención que señala haber recibido ésta el 12/12/2007 en el HCM no fue allegada al expediente, ello con el fin de verificar su dicho, frente a que la causante contaba con un estado nutricional, aspecto general, cabeza, ojos y demás de carácter y que no se evidenciaba que padeciera enfermedad grave hasta la ocurrencia de los hechos.

De igual forma, se resalta que la paciente a su avanzada edad, también padecía de obesidad mórbida y tabaquismo de 6 a 7 cigarrillos al día, frente a lo cual Organización Mundial de la Salud –OMS-,²⁶ ha contextualizado que “El consumo de tabaco es uno de los principales factores de riesgo de varias enfermedades crónicas, como el cáncer y las enfermedades pulmonares y cardiovasculares.”, y frente a la obesidad²⁷ la define “...como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.”, y que al tener un IMC elevado, refleja un “...factor de riesgo de enfermedades no transmisibles, como las siguientes: *las enfermedades cardiovasculares (principalmente las cardiopatías y los accidentes cerebrovasculares), que fueron la principal causa de muertes en 2012; *la diabetes; *los trastornos del aparato locomotor (en especial la osteoartritis, una enfermedad degenerativa de las articulaciones muy discapacitante), y * algunos cánceres (endometrio, mama, ovarios, próstata, hígado, vesícula biliar, riñones y colon).”, de lo que se infiere que la causante, no tenía buenos hábitos de vida ni alimenticios -obesidad-, ni mucho menos contaba con un buen estado de salud.

Ahora bien, se procederá a examinar las atenciones médicas suministradas a la señora LEONOR TEJADA DE VALDERRAMA, desde el 3 de abril de 2008 hasta su deceso, de manera separada según el centro hospitalario en el que fueron prestadas.

a) Atenciones en la ESE HOSPITAL COMUNAL LAS MALVINAS para abril de 2008:

No	Ingreso y/o atenciones	Motivo de consulta	Examen Físico	Tratamiento	Diagnóstico
1	03/04/2008 14:10	- Poliartralgias de 1 año	<u>Temp:</u> 37°C, <u>Presión Arterial:</u> 60/130, <u>Cardio Respiratorio:</u> RSCSRS, normo ventilada, osteomuscular, dolor articular generalizada	Medicamentos	-Artritis reumatoidea
2 ²⁸	04/04/2008 17:37	-Dolor en todas las articulaciones -Gonartrosis -Obesidad		Medicamentos	-Artritis -Obesidad
3 ²⁹	05/04/2008 23:01	-Brote súbito, Pruriginoso, Artromialgias, Decaimiento, Plaquetas 420.000, Fiebre de 2 días	<u>FC:</u> 71, <u>FR:</u> 20, <u>Temp:</u> 36°C, <u>Presión Arterial:</u> 70/130, <u>Cardio Respiratorio:</u> No soplo, <u>Abdomen:</u> Normal <u>Piel:</u> Rash abonososo 30% - Ingreso por silla de ruedas	Medicamentos	-Fiebre
4 ³⁰	11/04/2008 22:46	-Palpitaciones y disnea en la noche, Epigastralgia	<u>Boca:</u> Cianosis central leve, <u>Cuello:</u> Disnea leve, <u>Abdomen:</u> Dolor leve-no blumberg,	-Ringer solución inyectable, Metoprolol tártaro	-Arritmia cardíaca -Gastritis

²⁴ Fl. 37 c.pbas dda

²⁵ Fl. 38 c. pbs

²⁶ <https://www.who.int/topics/tobacco/es/>

²⁷ <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

²⁸ Fl.83 c.pbs

²⁹ Fl. 84 c.pbs

³⁰ Fl. 21 revés c.1, 85 c. pbs



			<u>Mental:</u> Consiente, <u>FC:</u> 140, <u>Temp:</u> 36.3°C, <u>Presión Arterial:</u> 70/120, <u>Cardio Respiratorio:</u> RSCS Arrítmicos murmullo vesicular presente simétrico, <u>Neurológico:</u> Sin alteración	-Remitida para manejo por 2° nivel a las 22:46pm ³¹ y admitida por Hospital María Inmaculada - <u>Indicación:</u> Taquiarritmia supraventricular
--	--	--	--	--

Obran declaraciones juramentadas de las señoras OLGA LUCÍA ALBA SUAREZ y DIANA HASBLEIDY MURCIA FELATANA, rendidas ante la notaría 2° del Circulo de Florencia el 11/02/2010, mediante las cuales indican que conocieron de vista y trato a la señora LEONOR TEJADA DE VALDERRAMA desde hace 10 años y 8 años respectivamente, quien sufría de artritis, la cual fue avanzando sin que los médicos le dieran un tratamiento efectivo y en el mes de abril de 2008 se agravó más siendo llevada en varias ocasiones al HCM, donde el ingreso del 5 de abril fue ocasionado por un brote en el cuerpo que parecía sarampión, por lo que le ordenaron exámenes para detectar dengue pero salieron negativos y el 11 de abril se agravó y la llevaron nuevamente a dicho hospital pero al verla tan grave la remitieron para el HMI y en éste centro médico no le prestaron el cuidado necesario, falleciendo el mismo 12 de abril a las 6 de la tarde, y que a la fecha no se sabe cuál fue la causa de su muerte.

En diligencia de recepción de testimonios de 31/01/2017³² surtida ante este Despacho judicial, las declarantes indicaron:

-DIANA HASBLEIDY MURCIA FELATANA: Señala que conoció a la señora LEONOR TEJADA DE VALDERRAMA hace 19 años ya que vivan cerca de su casa, quien tenía patologías propias de su edad de 70 años, pues sufría de artritis que le producía mucho dolor en las manos, por lo que recurría con frecuencia al médico, quienes le daban analgésicos, sin embargo, podía valerse por sí misma. Que para el 2008 se comunicaba mucho con la hija de la señora Leonor quien le indagaba de los padecimientos de su señora madre, en razón a su profesión de auxiliar de enfermería, donde ella le indicaba que la llevara al médico y que conoce que la primera atención se surtió en el HCM y era donde le daban tratamiento inicial.

Manifiesta que la paciente, vivía con su hija LUZ INDARY quien cuenta con discapacidad, quien desde que la conoció ha estado en silla de ruedas debido a la “*columnitis*” de nacimiento, su nieto ESNEIDER, y su yerno EVELIO DURAN, quien les colaboraba mucho en los quehaceres del hogar, quienes tenían una buena relación familiar.

Que le consta que para en el mes de abril de 2008 la señora LUZ INDARY le comenta que su madre continuaba enferma, debido al dolor en manos y rodillas, por lo que le aconsejó nuevamente llevarla al médico, lo cual ocurrió en el HCM y luego la remitieron al HMI, debido a que empezó a orinar muy oscura, lo que se inferir un problema de riñón, desconociendo la enfermedad que le produjo la muerte a la paciente. Aduce que a LUZ INDARY le afectó mucho la muerte de su madre, en razón a su cercanía, compañía, y la discapacidad que presentaba, ya que era quien le ayudaba en el quehacer de la casa y a suplir sus necesidades, ya que su esposo debía trabajar, pues la casa donde vivían y vivían actualmente era de la causante y en la parte inferior tienen arrendados 2 apartamentos con los cuales solventaban sus necesidades.

-OLGA LUCÍA ALBA SUAREZ: Señala que conoció a la causante y a su núcleo familiar, desde hace más de 15 años, el cual está conformado por su hijo LUZ INDARY, su yerno Evelio y el hijo de ellos ESNEIDER, quienes mantenían excelentes relaciones, debido a que era una, a quienes les ha invadido una tristeza profunda dentro de su familia. Aduce que la señora LUZ INDARY vendía minutos en el parque, con el fin de distraerse y no quedarse todo el día encerrada.

Señala que la señora LEONOR ayudaba económicamente a su hija en especial con la manutención del nieto y una vez fallece, ella no vuelve a trabajar y que el señor EVELIO era la mano derecha para los trámites médicos y laboraba en el alquiler carritos para niños en el parque de la Catedral. Agrega que la señora LEONOR TEJADA era una mujer muy alentada y que se desenvolvía muy bien en el rol de mamá y abuela, y que los padecimientos de salud por los cuales falleció se generaron según los médicos por los padecimientos de la vejez, como la artritis y cada día se colocaba más enferma. Que unos 4 meses

³¹ Fl. 85 c. pbas

³² Fl. 309-313 c.2



atrás al fallecimiento de la causante, acudió al médico por las dolencias de la artritis, sin que se concibiera que en tan poco tiempo falleciera y menos por tal dolencia, como si lo fue enfermedad de la cual los médicos no la diagnosticaron a tiempo y fue la causa de su muerte.

Que por 3 meses fue llevada al médico y que solo le recetaban acetaminofén, sin tener en cuenta la hinchazón de las piernas y la dificultad de orinar y con olor fuerte, y dado su edad se deterioró mucho más rápido ya que no le prestaron la atención que merecía. Y que el día de la muerte, había acordado con la señora LUZ INDARY acompañarla en el hospital, pero debido a una situación familiar lo olvidó, y en las horas de la noche cuando la llamó para preguntar el estado de salud, ésta le indicó que su mamá se había muerto, a lo que se pregunta razón de su fallecimiento ya que lo que padecía no ameritaba su muerte y por último se ratifica en la declaración rendida y obrante a folio 61 del cuaderno principal, siendo su firma la en ella impuesta.

-CARMEN DE LOS DOLORES CASTAÑO HOYOS: Aduce que en razón al vecindario conoce la familia de la señora LEONOR TEJADA, desde hace más o menos 20 años. Que siempre miraba a la señora LEONOR alentada y en un pasar de tres meses la hija de ella le comunicó que se había muerto, desconociendo los hechos particulares en los cuales se produjo la muerte de la misma. Y que la familia de la causante estaba conformada por la hija, el esposo de la señora LEONOR e hijo de Dorita. Que iba a visitarla cuando estaba enferma, desconociendo el diagnóstico de la enfermedad que la aquejaba.

-DIANA MARCELA LONDOÑO: Señala que es amiga de LUZ INDARY desde el año 2007, ya que ésta trabajaba vendiendo minutos y ella trabajaba en el puesto de asesora de venta de Comcel en el YEP, por lo que hablaban mucho, compartían cumpleaños y en sus días de descanso las visitaba. Que para el año 2008 la mamá de ella se enfermó mucho, quien le comentaba que tenía artritis y nadie pensaba que fuera tan grave, y comenzó a agravarse más y más, que era el esposo de su amiga quien la llevaba al médico y que al preguntar por los tratamientos y exámenes que le recetaba el médico, ésta le contestaba que le daban lo normal para los dolores como acetaminofén y cuando empezó a colocarse más enferma, tanto que era el esposo de LUZ quien le ayudaba a hacer sus necesidades.

Que un día ella le comenta que su mamá está en el HCM y después la llevaron en el HMI, y el día menos pensado ella la llama y le informa que su mamá murió, sorprendiendo a todos porque nadie pensaba que la artritis que tenía la llevaría a la muerte, que después del fallecimiento continuaron hablando, pero que ella se derrumbó porque su mamá era su todo, pues era ella quien la acompañaba y le ayudaba con los quehaceres de la casa, al igual que los demás integrantes del hogar los invadió la tristeza.

Que el núcleo familiar estaba conformado por LUZ INDARY, EVELIO y ESNEIDER quienes eran el esposo e hijo de su amiga, y el papa de su amiga, sin recordar el nombre del padre de su amiga, ya que lo trataba como “el abuelo”, pero siempre ha convivido con ellos. Obra declaración juramentada con su firma, sin que recuerde el contenido de la misma. Que vivían del arrendo de un apartamento que tenían continuo a la casa

Frente a las atenciones médicas de la señora LEONOR, tan solo aduce de la artrosis y que en razón a los fuertes dolores en las manos que le imposibilitaban desenvolverse por su cuenta las que la llevaron a requerir la atención médica.

En virtud de lo antes expuesto, es de indicar que la parte actora en la demanda enfatiza las fallas del servicio de manera exclusiva a las atenciones surtidas en el HMI, como lo fueron: *i) la falta de la cirugía inmediata ante el cuadro de NECROSIS MESENTERIA que presentaba desde el inicio, ii) la innecesaria sedación ante la patología que tenía, iii) falta de la realización de una laparotomía y de exámenes de LDH, AST y ALT y posteriormente se procederá a determinar el último argumento alegado con: iv) que el origen del SINDROME DE RESPUESTA INFLAMATORIA por el cual falleció provino de un infección que adquirió en la sala de urgencias de la ESE HOSPITAL MARÍA INMACULADA.*

Sin embargo, atendiendo que se pregona una mora en el diagnóstico y erróneo manejo por los galenos del HCM, ante una aparente pérdida de la oportunidad de recuperarse, se verificará tal presupuesto, con el fin de determinar si los síntomas que presentaba la paciente eran concluyentes con el Síndrome de respuesta inflamatoria –Sepsis-Shock séptico-necrosis mesentérica, como causa de muerte y para lo cual se contextualizarán los significados para tales patologías, así como también las posibles causas y/o síntomas al respecto, arriadas de revistas y artículos médicos que analizan la *lex artis* y protocolos médicos en el asunto, así:



i) Del shock Séptico

Según la Enciclopedia médica MedinePlus³³, el Shock séptico, “Es una afección grave que se produce cuando una infección en todo el cuerpo lleva a que se presente presión arterial baja peligrosa.”, dentro de las causas tenemos que “...ocurre con más frecuencia en las personas de edad muy avanzada y en las muy jóvenes. También puede ocurrir en personas que tienen un sistema inmunitario debilitado. El **shock séptico puede ser causado por cualquier tipo de bacteria**. Hongos y (en pocas ocasiones) virus pueden también causar la afección. Las toxinas liberadas por bacterias u hongos pueden causar daño tisular. Esto puede llevar a que se presente presión arterial baja y funcionamiento deficiente de órganos. Algunos investigadores creen que los coágulos sanguíneos en las pequeñas arterias ocasionan la falta de flujo de sangre y el funcionamiento deficiente de órganos. El cuerpo tiene una respuesta inflamatoria fuerte a las toxinas que puede contribuir a que se presente daño a órganos.”

Frente a los Síntomas, tenemos que se: “...pueden incluir: *Brazos y piernas fríos y pálidos, *Temperatura alta o muy baja, escalofríos, *Sensación de mareo, *Disminución o ausencia del gasto urinario, *Presión arterial baja, en especial al estar parado, *Palpitaciones, *Frecuencia cardíaca rápida, *Inquietud, agitación, letargo o confusión, *Dificultad para respirar, *Erupción cutánea o cambio de color de la piel, *Disminución en el estado mental.”

Y en relación con el pronóstico, vemos que “El shock séptico tiene una alta tasa de mortalidad. Dicha tasa depende de la edad de la persona y su salud general, de la causa de la infección, de la cantidad de órganos que presentan insuficiencia, al igual que de la rapidez y agresividad con que se inicie el tratamiento médico.”

ii) Del Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS):

Según la Revista Cubana de Medicina³⁴ el Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS), la define como la “Respuesta inflamatoria que trae por consecuencia una liberación descontrolada de mediadores, que pueden causar daño hístico, insuficiencia múltiple de órganos (IMO) y que se acompaña de gran mortalidad (30 %). A diferencia del síndrome séptico, puede ser causada por una infección u otro tipo de lesión (quemaduras, traumas, pancreatitis, shock).”

En relación con la determinación del diagnóstico, indica que éste “...puede ser identificado por la presencia de al menos 2 de las siguientes manifestaciones: 1. Temperatura corporal mayor que 38 °C o menor que 36 °C., 2. Frecuencia cardíaca mayor que 90/min. 3. Frecuencia respiratoria mayor que 20/min o PaCO2 mayor que 32 mmHg. 4. Cuenta global de leucocitos mayor que 12,0 x103/L o menor que 4,0 x103/L o la presencia de más 0,10 neutrófilos inmaduros.”

iii) De la Trombosis venosa mesentérica

Según la Enciclopedia médica MedinePlus³⁵, “La trombosis venosa mesentérica (TVM) es un coágulo de sangre en una o más de las venas mayores que drenan sangre desde el intestino. La vena mesentérica superior está más frecuentemente involucrada.”

Que las causas de dicha enfermedad se desconocen “Sin embargo, hay varias enfermedades que pueden llevar a ella. Muchas de las enfermedades provocan hinchazón (inflamación) de los tejidos que circundan las venas e incluyen: *Apendicitis, *Cáncer del abdomen, *Diverticulitis, *Enfermedad hepática con cirrosis, *Presión arterial alta en los vasos sanguíneos del hígado, *Cirugía abdominal o trauma, *Pancreatitis, *Trastornos inflamatorios de los intestinos, *Insuficiencia cardíaca, *Deficiencia de la proteína C o S, *Policitemia vera y *Trombocitemia esencial.

Las personas que presenten trastornos que hacen que la sangre sea más propensa a pegarse (coagularse) tienen un mayor riesgo de presentar TVM. Las píldoras anticonceptivas y los medicamentos con estrógenos también incrementan el riesgo. La TVM es más común en hombres que en mujeres. Esta afecta principalmente a personas de mediana edad o adultos mayores.”

Como síntomas, refiere; “*Dolor abdominal, que puede empeorar después de comer y con el tiempo, *Distensión, *Estreñimiento, *Diarrea con sangre, *Fiebre, *Shock séptico, *Sangrado gastrointestinal bajo, *Vómitos y náuseas.”

Conforme lo anterior tenemos, que de los síntomas por los cuales la paciente acudió el 3 y 4 de abril de 2008 al HCM, ninguno hace referencia a los característicos de Síndrome de respuesta inflamatoria – Sepsis-Shock séptico-necrosis mesentérica que presentó la señora LEONOR TEJADA DE

³³ <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000668.htm>

³⁴ http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232004000400007

³⁵ <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001157.htm>



VALDERRAMA, pues éstos estuvieron relacionados con la Poliartralgias³⁶ que venía padeciendo desde hacía un año, Artritis reumatoidea, Gonartrosis y Obesidad, y tan sólo las erupciones cutáneas, al igual que la fiebre - como un síntoma más no el único de un shock séptico y de la SIRS respectivamente, fueron señaladas en la consulta del 5 de abril de 2008, sin que manifestara algún otra señal o indicación de la gestación de dichas enfermedades, pues de lo contrario siempre aparecieron arraigadas con la osteoporosis, artrosis reumatoidea y el dolor que se presenta debido a las anteriores, en todas las articulaciones, para lo cual le fueron prescritos medicamentos con el fin de aliviar sus padecimientos, y que frente a los cuales el Despacho no hará un análisis profundo.

De igual forma, tenemos que fue el 11 de abril de 2008, 5 días después de su última consulta que la paciente regresa a urgencias a altas horas de la noche (22:46 horas) y en dicha oportunidad presentaba, no solo un síntoma, como se apreció anteriormente, sino varios síntomas que no se circunscribían a los antes padecidos como: las palpitaciones, dolor en el abdomen, RSCSA rítmicos murmullo vesicular presente simétrico, Arritmia cardiaca, Taquiarritmia supraventricular - *Frecuencia cardíaca rápida*-, y que según los síntomas de las enfermedades analizadas podrían evidenciar un *shock séptico*, una SIRS y la Trombosis venosa mesentérica, sin embargo, como lo indica el TRATADO de GERIATRÍA para residentes, en el capítulo 40 titulado de BACTERIEMIA, SEPSIS Y SHOCK SÉPTICO, por Diego Salgado López y Carlos Rodríguez Pascual³⁷, concluye que “...*El diagnóstico de SIRS, sepsis, sepsis grave y shock séptico sigue siendo clínico. No hay ningún marcador biológico con la suficiente sensibilidad y especificidad para establecer un diagnóstico definitivo.*”, razón por la cual, y con el fin de que fuera atendida por especialistas en la materia, dada la gravedad que presentaba, y que, según lo dicho en la contestación de la demanda, el HCM tan sólo cuenta con la habilitación de las atenciones de primer nivel que no incluía especialistas y que le correspondía a la parte actora demostrar que, si contaban con todos los servicios necesarios para atender a la paciente, sin embargo, ello no ocurrió en el asunto.

Por el contrario, se encuentran plenamente demostrado que, desde el ingreso al HCM, el traslado al segundo nivel de atención ello es al HMI, transcurrió un término de 37 minutos, sin que se avizore mora o dilación injustificada para su remisión e ingreso al centro médico de superior nivel, como quiera que este es un procedimiento el cual no depende única y exclusivamente de la EPS ni tampoco del HCM, sino que dicha remisión debe ser aprobada por la IPS receptora -en este caso el HMI-, ello en atención al sistema de referencia y contrarreferencia³⁸ contenida en el Decreto 2759 de 1991, ley 100 de 1993 y Resolución 5261 de 1994.

Por tanto, es claro que no le es exigible que el HCM, proporcionara los servicios de mayor complejidad, contara con las especialidades de medicina interna y demás necesarios, así como equipos adicionales para atender este tipo de patologías, pues pese a que en los testimonios rendidos recaudados en el proceso y los que afirmaron que cuando se agravó la paciente los médicos únicamente le formulaban acetaminofén para el dolor, según la historia clínica allegada al expediente demuestra las atenciones médicas asistenciales que fueron dadas, así como su periodicidad y que difieren de lo dicho por los testigos precitados, por lo que no es posible darle el valor probatorio suficiente para desvirtuar el contenido de dicho documento que goza de autenticidad y que da cuenta de lo ocurrido en dichos atenciones.

En éste sentido, para el Despacho le queda claro que no se evidencia una falla en el servicio por el HCM y los médicos que atendieron a la misma, máxime cuando las patologías padecidas son de difícil diagnóstico, éste despacho concluye que la Atención del HCM fue oportuna y diligente, no siendo por tanto viable endilgar responsabilidad al respecto.

³⁶ “Las poliartralgias son una causa frecuente de consulta en la atención primaria, entendiéndose por poliartralgia el dolor en cuatro o más articulaciones⁽³⁾. Se estima que una de cada siete motivos de consulta en un centro de atención primaria son las poliartralgias⁽¹⁾, asociándose a ausentismo laboral, con el consecuente costo económico^(1,2). La presencia de dolor y/o aumento de volumen de una articulación, puede ser 2ª a desórdenes de la articulación misma, así como también, de las estructuras adyacentes a ésta⁽³⁾, lo que hace que este tipo de consultas sea un gran desafío para los médicos de familia dado la amplia gama de diagnósticos diferenciales que se presentan.” <http://medicinafamiliar.uc.cl/html/articulos/078.html>

³⁷ [file:///C:/Users/mbenaro/Downloads/S35-05%2040_III%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/mbenaro/Downloads/S35-05%2040_III%20(1).pdf)

³⁸ “ARTICULO 2o. DE LA DEFINICION. El régimen de Referencia y contrarreferencia, es el Conjunto de Normas Técnicas y Administrativas que permiten prestar adecuadamente al usuario el servicio de salud, según el nivel de atención y grado de complejidad de los organismos de salud con la debida oportunidad y eficacia. PARAGRAFO 1o. El régimen de Referencia y Contrarreferencia facilita el flujo de usuarios y elementos de ayuda diagnóstica, entre los organismos de salud y unidades familiares, de tal forma que se preste una atención en salud oportuna y eficaz. PARAGRAFO 2o. Se entiende por Referencia, el envío de usuarios o elementos de ayuda diagnóstica por parte de las unidades prestatarias de servicios de salud, a otras instituciones de salud para atención o complementación diagnóstica, que de acuerdo con el grado de complejidad den respuesta a las necesidades de salud. Se entiende por Contrarreferencia, la respuesta que las unidades prestatarias de servicios de salud receptoras de la referencia, dan al organismo o a la unidad familiar. La respuesta puede ser la contrarremisión del usuario con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención recibida por el usuario en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica. PARAGRAFO 3o. El régimen de Referencia y Contrarreferencia incluye las remisiones de usuarios o muestras biológicas, enviadas por los promotores de saneamiento, promotores de salud y otros agentes comunitarios tales como las parteras y los gestores de salud.”



b) Atenciones en la ESE HOSPITAL MARÍA INMACULADA:

No	Ingreso y/o atenciones	Motivo de consulta	Examen Físico	Tratamiento	Diagnóstico
1	11/04/2008 23:21 ³⁹	Remitida: Aumento de la clase funcional de medianos a pequeños esfuerzos. Epigastralgia, eruptos. Cuadro de 4 horas de sensación de disnea Aumento de la clase funcional de medianos a pequeños esfuerzos. Epigastralgia, eruptos. Antecedentes: Gastritis - Acetaminofen. AR. tramadol	TA 120/80 FC 118 x' FR 26 x' Tº 36.5 SO2 88% con cánula Glucometría: 60 mg Alerta. Cianosis peribucal, mucosas húmedas, semipalidas. Ruidos cardiacos ritmicos , MV conservado. Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación generalizada, no signos de irritación peritoneal. Extremidades: no edema, perfusión 3-4 seg. Cianosis distal. Neurológico: alerta, algica. Se descarta evento coronario agudo, persiste deterioro de su estado general,	Exámenes: CK total, CK Mb, CH, BUN, creatinina, EKG, Rx de tórax	1)angina inestable 2)enfermeda arterial periférica 3)hipoglucemia 4) E.A.P 5)obesidad mórbida.
2	12/04/2008 00:25 ⁴⁰	Ingresar con dificultades para respirar		-Medicamentos, canalización, exámenes ⁴¹ , se pasa a cuidados especiales, Nada via oral - Monitoreo . Avisar cambios -Valoración por M. interna. -O2 x máscara	
3	12/04/2008 2:00 ⁴²		se colocó sonda vesical con drenaje mínimo.		
4	12/04/2008 3:30 ⁴³			-Medicamentos	
5	12/04/2008 5:45 ⁴⁴			-Medicamentos -Valoración por cirugía	
6	12/04/2008 06:05 ⁴⁵			-Ecografía abdominal, endoscopia de vías digestivas altas -Valoración por medicina interna	

³⁹ Fl. 1-3c. pbas

⁴⁰ Fl. 36, 88 reves c. pbs dda

⁴¹ ss/ CH, uroanálisis, BUN, Creatinina, CK total, CK Mb, EKG, Rx de tórax PA y lateral

⁴² Fl.91 c. pbas dda

⁴³ Fl.36 88 reves c. pbs dda

⁴⁴ Fl. 36 c. pbas dda

⁴⁵ Fl. 37 c. pbas dda



7	06:10 ⁴⁶		<p>Dolor abdominal, localizado en epi y mesogastrio, sin irritación peritoneal. Episodios de vómito.</p> <p>Al EF: regular estado, obesa, no tolera el decúbito. Su abdomen es blando, depresible, con dolor a la palpación abdominal, sin irritación peritoneal</p> <p>Creatinina dentro de límites normales. No encuentro irritación peritoneal. Obesa. Según refiere al ingreso acudió por disnea, SpO2 96 FI O2 0.30 Oxígeno por Ventury . FC 96 x` FR 20 x`. Parece tener un rash cutáneo.</p>	<p>Se cambia fonda versical con Foley , sin embargo no hay diuresis.</p> <p>Valoracion por Medicina Interna.</p> <p>Mala perfusión en pies. Pronostico sombrío</p>	
8	7:30 ⁴⁷			<p>Nada via oral, medicamentos, suspender dipirona, cuantificación de eliminación urinaria cada hora, pendiente resultado de ecografía, resto de formulación igual.</p>	
9	7:35 ⁴⁸		<p>Valorada por medicina interna: malas condiciones generales con disnea moderada que manifiesta ella no ha mejorado.</p> <p>O: Disnea moderada con esfuerzo ventilatorio, con FR 26/min con pulsos perifericos ++ en miembros superiores o = en miembros inferiores. Buena ventilacion de ambos hemicampos. Abdomen globuloso, peristaltismo (+) disminuido. Dolor a la palpación y espontáneamente en epigastrio , tipo ardor. No dolor en otras áreas, no defensa, no Blumberg. Mala perfusión en miembros inferiores con llenado capilar de 4" , cianosis del 5º dedo pie izquierdo</p> <p>A: Cardiopatía y vasculopatía severas - SDRA - Gastropatía secundaria</p>	<p>-Medicamentos, sonda vesical, control de líquidos, ecodopler arterial de miembro inferior izquierdo y monitoreo continuo.</p> <p>Glucomentia cada 8 horas, control de signos vitales y avisar cambios.</p> <p>Pendiente ECO abdominal.</p> <p>Observación por cirugía. Se informa a la familiar, hija, el mal pronóstico de la paciente</p> <p>Ecografía realizada el 12/04/2008, en la que se indica estados normales a excepcion de lesión redondeada proablente solida en el hilo hepático derecho con diámetro de 1.5 cm</p>	
10	10:30 ⁴⁹			<p>Se rota el sitio de venopuncion por colocar líquidos endovenosos por mezcla en bomba de infusión y otra venopuncion, en mezcla por equipo microgoteo por orde de medicina interna</p>	

⁴⁶ Fl. 91-90 reves c. pbas dda

⁴⁷ Fl. 37 c. pbas dda

⁴⁸ Fl. 90 reves c. pba dda

⁴⁹ Fl. 39 c. pbas dda



11	12:00 ⁵⁰		Mejor estado general, ansiosa e inquieta.	se inmoviliza y coloca sedación. VOM.	
12	13:00 ⁵¹		Paciente en camilla, con oxígeno ventuty, monitoreo cardiaco, liquidos endovenosos más mezcla, sonda vesical a libre Drenaje		
13	14:00		Paciente con agitación e imposibilidad para contenerla. Muy inquieta. No es posible inmovilizarla porque la piel es muy frágil y se produce abrasión de la piel.	Se decide colocar 2 ampollas IM ahora.	
14	15:00 ⁵²			Midazolam ampolla 5mg si hay agitacion	
15	15:20			Medicación y resto de ordenes médicas iguales	
16	15:35		Inconsciente, con pupilas mióticas sin respuesta corneal. FR: 32/min, con esfuerzo ventilatorio. Abdomen globuloso, blando, con peristaltismo (+).	Nueva valoración por Medicina Interna. Continúa observacion por cirugía.	
17	17:25 ⁵³		Medicina Interna. Paciente con diagnóstico: SIRS - trombosis mesentérica. Obstrucción arterial. Muy mal estado general. Disneica . Livideces generalizadas. Con estado irreversible de Shock.	Agónica, No reanimable.	SIRS trombosis mesentérica
18			Medicina Interna EF: PA 90/60 Tº 36º FC 100 glucometria : 76, n SpO2 : 99 Paciente en muy mal estado general, disnéica, piel fria, llenado capilar > 3 seg. CV: RsCsRs Abdómen: dolor a la palpación profunda, no irritación peritoneal. FFII libres e indolora. MMII: frialdad de MMII mayor en izquierdo. Cianosis de pie 5º artejo izquierdo. No se palpa pulso pedio izquierdo. Pulso poplíteo izquierdo muy debil. SNC: Obnubilada, moviliza los 4 miembros	Observación Urgencias y control de signos vitales	1) SIRS 2) Artropatía obstructiva miembro inferior Izquierdo 3) Trombosis mesentérica

⁵⁰ Fl. 37 c. pbas dda

⁵¹ Fl. 39 c. pbas dda

⁵² Fl. 38 c. pbas dda

⁵³ Fl. 91 c pbs dda



19	17:45 ⁵⁴		<p>disnea, actualmente con dolor abdominal difuso, alerta, con diaforesis, FC 77, FR 24 x', SO2 94%, FiO2 50%, TA 90/60, Rs Cs rítmicos, MV conservado, sibilancias espiratorias, abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación difusa. No ausculto soplos, perfusión distal 3 seg.</p> <p>Paraclínicos: Enzimas cardíacas normales, CH: leucopenia Hb: 11.0 , Hcto: 31.4, función renal normal.</p>	se solicita valoración x cirugía.	
20	18:00 ⁵⁵			<p>Indicaciones: En mal estado general, muy polipnéica y con franco síndrome de dificultad respiratoria, en mal estado. Se deja con cuidado especial con monitoria</p>	Síndrome de respuesta inflamatoria -Sepsis- Shock séptico- necrosis mesentérica
21	18:30 ⁵⁶		Evolución tórpidamente	Paciente fallece y se declara fallecimiento en sala de urgencias	

⁵⁴ Fl. 91 c. pns dda

⁵⁵ Fl. 90 c.pbs dda

⁵⁶ Fl. 90 revs. Fl.30 c. pbs dda



JUZGADO CUARTO ADMINISTRATIVO DE FLORENCIA, CAQUETÁ

SISTEMA ESCRITURAL

Que, revisados los archivos existentes, no reposa algún documento que señale la detección de agentes infecciosos en las instalaciones del HMI, para la fecha del 12/04/2008, según certificación expedida el 01/11/2016 por el subgerente científico del dicho centro médico,⁵⁷ conforme el memorando SC-0437 del 03/11/2016 por el Laboratorio clínico.⁵⁸

Así las cosas, es Despacho indica que se hace necesario referir el procedimiento de manejo de un paciente que es remitido de un nivel de atención inferior, pues si bien no fue allegado el manual de referencia y contrareferencia del HMI vigente para la fecha de los hechos, según los protocolos de medicina y gestión de calidad de la salud *“Una vez el paciente halla ingresado a la urgencia remitido con ambulancia no deberá devolverse, si este documenta patologías de complejidades superiores para que sean remitidos desde el primer nivel por cuanto el segundo o el tercero debe asumir el caso clínico como suyo una vez ingresa el paciente, aún cuando haya sido aceptado bajo la modalidad de interconsulta, con el fin de reducir los tiempos de respuesta y barreras de acceso. E. El usuario antes de ser remitido de un organismo de salud debe ser previamente valorado clínicamente y evaluada la posibilidad de ser atendido por la Clínica”*.

Por tanto, al momento de ingresar la paciente al HMI le fue realizado una valoración generalizada dados los síntomas que se avizoraba, siéndole diagnosticado una angina inestable, enfermedad arterial periférica, hipoglicemia, E.A.P y obesidad mórbida, pues se descartó el evento coronario agudo, no presentaba fiebre⁵⁹, los cuales habrían sido algunos de los síntomas por los cuales evidenciaron la gravedad y por ende la necesidad de la remisión, no obstante, presentaba una baja de saturación de oxígeno del 88%⁶⁰, con frecuencia cardíaca elevada de 118⁶¹, al igual que la frecuencia respiratoria⁶², abdomen blando, doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal, aduciendo desde ese mismo momento *“deterioro de su estado general”*, no obstante, es claro que se procedió a brindarle atención médica, pues fue valorada, y les fueron prescritos medicamentos como exámenes para definir o confirmar sus patologías, tanto es así, que durante las 19 horas que aproximadamente la paciente estuvo bajo el cuidado del HMI, le fueron practicados múltiples exámenes, procedimientos médicos, suministro de medicamentos, valoración por un grupo interdisciplinario de especialistas en cirugía, ortopedia y medicina interna, siendo registradas alrededor de 21 atenciones por parte de personal médico y enfermería.

Ahora bien, respecto a la falta de la *cirugía inmediata* ante el cuadro de NECROSIS MESENTERICA que presentaba desde el inicio, al igual que la realización de una *laparotomía* y de *exámenes* de LDH, AST y ALT, con el fin de obtener un diagnóstico y tratamiento acertado para los padecimientos que la aquejaba, el Despacho advierte que no cuenta con elementos probatorios necesarios para determinar la falla en el servicio invocada durante dicho periodo como lo sería un dictamen médico o en su defecto un testimonio científico o técnico, mediante el cual un profesional idóneo en el área de medicina determinara la necesidad de adelantar tales procedimientos; y si bien se han realizado unas apreciaciones frente a sintomatología a manera de comparación, lo cierto es, que la determinación de la procedencia de tales procedimientos corresponden a una evaluación clínica con la que no cuenta el Despacho, como ya se advirtió.

Contario a lo anterior, es claro que la prestación del servicio de salud en el HMI fue oportuna y diligente, ello con el fin de establecer el diagnóstico definitivo y ordenarle el tratamiento médico necesario, no obstante, la paciente falleció, lo cual concuerda con el artículo de Resucitación en pacientes con shock. Reposición de volumen en el shock E., por Alted López, G. Hernández Martínez, D. Toral Vázquez en octubre de 2004 en el que se indicó: *“En los pacientes sépticos que ingresan de forma tardía, en fases de sepsis grave y shock séptico, sólo mejoran el pronóstico si una adecuada resucitación consigue una*

⁵⁷ Fl. 43 c. pbas dda

⁵⁸ Fl. 44 c. pbas dda

⁵⁹ <https://www.urmc.rochester.edu/encyclopedia/content.aspx?ContentTypeID=85&ContentID=P03963>

⁶⁰ “Se considera que el porcentaje adecuado y saludable de oxígeno en sangre es de entre el 95% y el 100%. Por eso, cuando la saturación se encuentra por debajo del 90% se produce **hipoxemia**, es decir, el nivel por debajo de los normal de oxígeno en sangre. Y uno de sus síntomas característicos es la dificultad para respirar. Además, cuando se da un porcentaje inferior a 80 se considera hipoxemia severa.”

<https://grupolasmimosas.com/mimoonline/saturacion-de-oxigeno/>

⁶¹ “La frecuencia cardíaca normal en reposo para mayores de 10 años, incluyendo los adultos mayores, es de entre 60 y 100 pulsaciones por minuto (ppm).” <https://www.medicalnewstoday.com/articles/291182#frecuencia-cardiaca-normal-en-reposo>

⁶² La frecuencia respiratoria normal de un adulto que esté en reposo oscila entre 12 y 16 respiraciones por minuto.

<https://www.urmc.rochester.edu/encyclopedia/content.aspx?ContentTypeID=85&ContentID=P03963>



estabilidad clínica que permita al resto del tratamiento poder hacer efecto⁶³. A pesar de las múltiples estrategias destinadas a interrumpir o bloquear la cascada de acontecimientos que alteran la homeostasis general, la mortalidad en estos pacientes, sigue siendo muy elevada”,

De ésta manera, es claro que pese a la atención prioritaria, urgente y concentrada, realizada por los galenos idóneos el deceso fue inevitable, pues como ya se indicó la evolución de la enfermedad ocurrió de manera rápida y agresiva, además de evidenciar que las enfermedades determinadas como causa de su muerte tienen un comportamiento silente y solamente cuando fue posible su detección era demasiado tarde para brindarle la oportunidad de recuperarse como lo alega la parte actora, pues es de rápida evolución y tan agresiva que con los análisis de clínica imposibilitó su diagnóstico, siendo evidente un riesgo propio al que se encuentran expuestas las mujeres más aun cuando los datos estadísticos no son alentadores, por lo que no es posible encontrar acreditado la falla en el servicio médico asistencial por parte de las demandadas, pues el servicio de salud le fue prestado de manera continua y oportuna.

De igual manera, frente a la *innecesaria sedación ante la patología que tenía y que pregona la parte actora, se observa que tal determinación no se realizó con el fin de contrarrestar las enfermedades de la accionante, sino que fue parte del tratamiento ordenado para poder continuar con el manejo de éstas, ya que tal como se observa en la historia clínica del 12/04/2008 a las 14:00horas., la señora LEONOR TEJADA DE VALDERRAMA estaba inquieta, agitada con imposibilidad para contenerla y no era posible inmovilizarla porque la piel es muy frágil y se produce abrasión de la piel, encontrando así, un actuar diligente y oportuno por parte de los profesionales de la salud que atendieron a la paciente y por consecuente las entidades demandadas al momento de la prestación del servicio médico asistencial para el diagnóstico y tratamiento de la paciente, se emplearon los procedimientos y mecanismos necesarios, idóneos y suficientes para tal fin, sin que fuere obligatorio un resultado favorable a los medios empleados, pues se recuerda que la imputación del daño, por actuaciones médicas se realiza, desde la perspectiva de una prestación de medios y no de resultados, ya que su deber radica en la aplicación de sus conocimientos, entrenamiento, experiencia y todos los medios disponibles orientados a la curación y rehabilitación, sin que sea exigible el resultado exitoso⁶⁴.*

Por otra parte, respecto a que el origen del SINDROME DE RESPUESTA INFLAMATORIA por el cual falleció la paciente, provino de un infección que adquirió en la sala de urgencias de la ESE HOSPITAL MARÍA INMACULADA, es de indicar que según lo dicho por el Consejo de Estado⁶⁵ así:

“...en el caso de las llamadas infecciones intrahospitalarias, por razones de equidad y de justicia distributiva, no es aplicable la regla general según la cual, quien acepta el acto médico asume los riesgos que inhieren a su naturaleza y por lo tanto, está en la obligación de soportar su materialización. En este sentido, lo que se da es una relativización del principio de la asunción del riesgo en el caso de las enfermedades nosocomiales, en primer lugar, porque el consentimiento, aún informado, que se presta frente al riesgo nosocomial no puede reputarse perfecto. Y la segunda razón por la cual es desproporcionado esperar la completa asunción de los daños causados por la infección nosocomial, radica en que, con excepción de las infecciones totalmente endógenas, el riesgo nosocomial no se explica exclusivamente por la inferioridad biológica del sujeto. En este sentido, para que pueda declararse la responsabilidad patrimonial del estado por las denominadas infecciones nosocomiales quien alega haber sufrido un perjuicio deberá acreditar que la infección que afectó a la víctima fue adquirida en el centro hospitalario o asistencial o que se produjo como consecuencia de un procedimiento médico, sin que en tal evento resulte necesario que se pruebe que la entidad demandada actuó de manera indebida o negligente ésta última, por su parte, podrá eximirse de responsabilidad única y exclusivamente probando que la infección, para el caso que ocupa a la Sala en esta oportunidad, ocurrió como consecuencia de una causa extraña, esto es una fuerza mayor o el hecho determinante y exclusivo de la víctima o de un tercero.”

Frente a lo anterior, el Despacho resalta que no existe prueba de la cual se pueda determinar que el SINDROME DE RESPUESTA INFLAMATORIA fue adquirida en el HMI, máxime no existe ninguna experticia o testigo técnico que lo respalde, aunado a que para la fecha de los hechos no se detectaron agentes infecciosos en las instalaciones del HMI, según la certificación expedida el 01/11/2016 por el subgerente científico del dicho centro médico,⁶⁶ conforme el memorando SC-0437 del 03/11/2016 por el

⁶³ Rivers E, Nguyen B, Havstad S. Early Goal-Directed Therapy in the Treatment of Severe Sepsis and Septic Shock. N Engl J Med 2001;345: 1368-77

⁶⁴ Consejo de Estado Sección Tercera, Sentencia 25000232600020050179401, Abr. 10/19.

⁶⁵ CONSEJO DE ESTADO-SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO-SECCIÓN TERCERA-SUBSECCIÓN “B”- Sentencia 2002-00070/39612 de noviembre 29 de 2017. Rad.: 08001233100020020007001 (39612)

⁶⁶ Fl. 43 c. pbas dda



Laboratorio clínico.⁶⁷, y además cuando la fiebre y erupción cutánea siendo estos indicadores de infección, fueron uno de los motivos de consulta en el HCM en el ingreso del 05/04/2008, ello es previo al ingreso al HMI (11/04/2008), por lo que tal padecimiento se ocasionó por el desarrollo de la sepsis que ya presentaba, siendo evidente la causa extraña y ajena a cualquier agente patógeno que en el supuesto hubiere existido en las instalaciones del HMI, por consiguiente, el Despacho no encuentra argumentos suficientes para acceder a las pretensiones de la demanda, dado que cada una de ellas no fueron demostradas en el plenario.

Finalmente, es del caso señalar que el presente proceso la parte actora no cumplió con las cargas probatorias a ella impuestas por el artículo 167 del C. P. C., atendiendo que no logró desvirtuar que la atención prestada en el centro hospitalario haya sido deficiente o tardía y que como consecuencia de ello el menor haya perdido la vida, así como tampoco logró desvirtuar el indebido diligenciamiento de la historia clínica de la paciente que fue alegado, pues era obligación de éstos demostrar por los medios legalmente dispuestos para tal fin, los hechos que sirvieron de fundamento fáctico de la demanda, indicándose que la sola afirmación de la falla en el servicio médico o la indicación de una presunta infección nosocomial causante del fallecimiento, no genera certeza que éstas hayan contribuido de manera directa a la muerte de la paciente, máxime cuando no se allegaron documentos o medios probatorios que permitan dar certeza de tal situación.

En igual sentido, es necesario precisar que tampoco no se observa alguna falla en el servicio deprecada por la EPS CAPRECOM EICE frente al caso en comento, pues quedó ampliamente demostrado que la paciente acudió en diversas ocasiones para que fuera atendida tanto en el HCM, como en el HMI, al igual que los demás centros de laboratorio y de imágenes puestos a su servicio médico, sin que le fuera negado su servicio médico en relación con citas con medicina general, especializadas, práctica de exámenes, entrega de medicamentos o remisiones, por lo que no es dable atribuir responsabilidad a dicha entidad.

En consecuencia, el Despacho estima que no se acreditó la falla en la prestación del servicio y por ende el nexo causal necesario entre la pérdida de la oportunidad de recuperar ante la presunta mora en el diagnóstico alegada y el servicio médico prestado por las entidades de salud demandadas, por ello no puede imputárseles responsabilidad alguna, al igual que la configuración de una infección nosocomial por parte del HMI y desencadenante de la muerte de la paciente, siendo pertinente negar las pretensiones de la demanda.

6.- CONDENAS EN COSTAS.

Finalmente, considerando que la condena en costas, solo es viable en la medida que se observe una conducta inadecuada en el ejercicio de su derecho de acceder a la administración de justicia o abuso del mismo, como cuando se establece que dentro de la actuación procesal se ha obrado en forma dilatoria o de mala fe, y observando que dentro de esta acción no hubo comportamiento en tal sentido, no será condenada la parte vencida a pagar las costas del proceso ni agencias en derecho. Esta evaluación se realiza con fundamento a lo ordenado en el artículo 171 del C.C.A., modificado por el artículo 55 de la Ley 446 de 1998.

7. 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: TENER como sucesor procesal de la EPS CAPRECOM EICE, al PAR CAPRECOM LIQUIDADO, conforme lo antes expuesto.

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

⁶⁷ Fl. 44 c. pbas dda



Acción de Reparación Directa
Demandante: Evelio Durán Pérez y Otros
Demandado: ESE Hospital María Inmaculada y otros
Radicado: 18001-33-31-001-2010-00181-00

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

CUARTO: 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