

**JUZGADO SESENTA Y CINCO ADMINISTRATIVO DE ORALIDAD  
DEL CIRCUITO JUDICIAL BOGOTÁ  
-SECCIÓN TERCERA-**

Bogotá D.C., 30 de septiembre de dos mil veintiuno (2021)

|                        |          |                                                                                               |
|------------------------|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>JUEZ</b>            | <b>:</b> | <b>LUIS ALBERTO QUINTERO OBANDO</b>                                                           |
| <b>Ref. Expediente</b> | <b>:</b> | <b>110013331034-2011-00272-00</b>                                                             |
| <b>Demandante</b>      | <b>:</b> | <b>Margarita Sarmiento de Rodríguez y otros</b>                                               |
| <b>Demandado</b>       | <b>:</b> | <b>Nación –Ministerio de la Protección Social –Superintendencia Nacional de Salud y otros</b> |

**REPARACIÓN DIRECTA  
SENTENCIA No.**

**I. OBJETO DEL PRONUNCIAMIENTO**

Surtido el trámite procesal sin que se observe causal de nulidad que invalide lo actuado, el Despacho profiere sentencia de primera instancia, en el proceso de la referencia.

**I.- ANTECEDENTES**

**1.1.- La demanda**

Mediante apoderado judicial, los señores **Oscar Humberto Rodríguez Sarmiento, Carlos Augusto Rodríguez Sarmiento, Alfonso Rodríguez Sarmiento**, quien actúa en nombre propio y en representación de su menor hijo **Nicolás Rodríguez Pedraza, Margarita Sarmiento de Rodríguez y Germán Orlando Rodríguez Sarmiento**, presentaron demanda en ejercicio del medio de control de reparación directa, en contra de la **Nación – Ministerio de la Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud, Distrito Capital de Bogotá-Secretaría de Salud Distrital, EPS Sanitas S.A. y Fundación Salud Bosque**, a efectos de que se les declare responsables por la falla médica que causó la muerte del señor Alfonso Rodríguez Velandia, ocurrida el 9 de febrero de 2010.

A título de indemnización de perjuicios, solicitaron el pago de perjuicios materiales e inmateriales, de la siguiente manera:

**Perjuicios materiales**

-. A favor de Carlos Augusto Rodríguez Sarmiento, la suma de \$2.500.000 por concepto de pago del derechos de lote en el cementerio para su padre, más la suma de \$3.200.0000 pagados por concepto de servicios funerarios de su padre, y la suma de \$3.500.000 por concepto de honorarios de abogado pagados para formular denuncia penal ante la Fiscalía General de la Nación en contra del personal médico de la Fundación Salud Bosque y de la querella presentada ante el Tribunal de Ética Médica.

EXPEDIENTE No: 110013331034-2011-00272-00  
REPARACION DIRECTA: SENTENCIA PRIMERA INSTANCIA

### **Perjuicios morales**

-. Para Oscar Humberto Rodríguez Sarmiento, Carlos Augusto Rodríguez Sarmiento, Alfonso Rodríguez Sarmiento, Nicolás Rodríguez Pedraza, Margarita Sarmiento de Rodríguez y Germán Orlando Rodríguez Sarmiento, el equivalente a 100 smlmv para cada uno.

### **Daño a la vida de relación**

-. Para Margarita Sarmiento de Rodríguez, el equivalente a 200 smlmv.

### **2.1. Hechos de la demanda**

-. El apoderado de la parte actora señaló que, el 7 de enero de 2010, el señor Alfonso Rodríguez Velandia (q.e.p.d.), ingresó a la Fundación Salud Bosque "*Clínica El Bosque*", agobiado por un dolor en el muslo izquierdo con cinco días de evolución, quien manifestó tener antecedentes de una enfermedad varicosa de miembros inferiores.

-. El médico de turno, decidió hospitalizar al paciente para darle manejo con anticoagulante y dejarlo en observación.

-. El 11 de enero, se recibieron los resultados del examen de INR *-el cual indica los valores de coagulación-* y el médico decidió seguir dándole manejo con anticoagulante hasta obtener valores terapéuticos, pues el examen reportó valores de INR 1.61, por lo cual se debe subir la dosis de warfarina.

-. El 12 de enero de 2010, se recibieron los resultados de IRN y PT, los cuales arrojaron unas cifras de 3.3 *-elevados según criterio médico-* por lo que decidieron reajustar dosis de warfarina y solicitan un TAC abdominal. El 13 de enero le suspenden el tratamiento con anticoagulante warfarina porque el resultado del IRN era de 4.53 (*muy alto*) lo que indicaba que estaba sobreanticoagulado.

-. El 16 de enero de 2010, logran la dosis adecuada de warfarina para mantener el INR entre 2-3, y el médico de turno, le dio salida al paciente con un INR de 2.73 ordenando un tratamiento en casa con anticoagulante warfarina de 5mg diarios y control en 15 días con INR y PT, sin más indicaciones.

-. El paciente regresa nuevamente a la Clínica el Bosque, a los quince días por presentar un dolor abdominal, causado como consecuencia de la desinformación de los médicos tratantes, de que se le podía generar una sobreanticoagulación y que debía haber asistido a unos controles para el control de la coagulación.

-. En la segunda hospitalización registraron otros antecedentes como que está en tratamiento para cáncer de próstata con zoladex *-medicamento antiandrógeno-* cada 3 meses, el que favorece la formación de coágulos o trombos.

-. A pesar de los antecedentes clínicos del paciente, sometieron a peligro de muerte al

EXPEDIENTE No: 110013331034-2011-00272-00

REPARACION DIRECTA: SENTENCIA PRIMERA INSTANCIA

señor Alfonso Rodríguez Velandia al darle salida el 16 de enero de 2010, sin recomendaciones, advertencias, ni signos de alarma o de urgencia, ni un control frecuente de pruebas de coagulación, ni control médico más oportuno y periódico durante el tratamiento que le ordenaron realizarse en la casa.

-. Ni el paciente ni su familia se imaginaron que mientras estaban en la casa, dentro del abdomen de aquel, se estaba gestando una hemorragia interna y que el sangrado era generalizado, porque nadie les explicó que eso era motivo para acudir de manera inmediata a consulta por urgencias.

-. El 2 de febrero de 2010, el paciente acudió a consulta nuevamente al mismo centro hospitalario, con dolor abdominal agudo, por deposiciones con abundante presencia de sangre fresca, con múltiples equimosis (morados) y el INR elevado a 16.71, lo que indicaba claramente que el paciente estaba sobreanticoagulado y que sangraba internamente, como consecuencia, de una dosis elevada de warfarina.

-. Por ese motivo el médico de urgencias decidió dejarlo hospitalizado con el diagnóstico de *sobreanticoagulación por warfarina*. El dolor persistió y confirmaron que tenía un hemoperitoneo *-sangrado abdominal interno-* que requería de cirugía.

-. El 5 de febrero de 2010 fue llevado a cirugía, practicada por el Dr. Ricardo Adolfo Villarcal, confirmándose el diagnóstico de hemoperitoneo por sobreanticoagulación, con 1000 cc: de sangre dentro de la cavidad abdominal. El 7 de febrero fue llevado nuevamente a cirugía para un lavado abdominal y salió de allí para la unidad de cuidados intensivos (UCI).

-. Estando en la UCI el 7 de febrero de 2010, el paciente fue valorado por el especialista en medicina interna y especialista en cuidado intensivo Dr. Luis E. Pino, quien registró en la historia: *"este paciente no es candidato a continuar anticoagulación con warfarina y menos aún si estamos en el contexto de trombofilia asociada a un cáncer en cuyo contexto lo ideal sería dalteparina"*.

-. Lo anterior, no fue tenido en cuenta por ningún médico hasta ese momento, no lo registraron, por lo que expusieron al señor Rodríguez Velandia a un riesgo elevado e injustificado de trombos, ya que el cáncer aumenta el riesgo de trombofilia (producción de coágulos) lo mismo que el suministro de antiandrógenos.

-. Los médicos suspendieron la warfarina para el manejo del sangrado y cuando éste estuvo controlado no reiniciaron la anticoagulación ni revisaron los resultados de INR, lo que causó un tromboembolismo pulmonar (coágulo en el pulmón) que le causó la muerte al paciente.

-. Desde el 9 de febrero de 2010 el paciente presentó síntomas de tromboembolismo pulmonar, sin recibir manejo con anticoagulante, sin hacerle un TAC de tórax, ni recibir manejo con medicamentos ni ayuda médica, falleciendo 2 horas después de presentados los síntomas.

-. El 9 de febrero de 2010 trasladaron al señor Alfonso Rodríguez Velandia de la UCI a piso, sin que el internista que se encontraba de turno le hubiera dado salida formal, el paciente

EXPEDIENTE No: 110013331034-2011-00272-00

REPARACION DIRECTA: SENTENCIA PRIMERA INSTANCIA

tampoco se sentía en buenas condiciones, como se lo manifestó a sus familiares, quienes insistieron que no lo trasladaran a piso.

-. Salió de la UCI y en el piso de hospitalización comenzó a presentar síntomas de tromboembolismo pulmonar, fue llevado al piso de hospitalización sin que allí hubiese sido recibido por el médico de turno del servicio, sin ser valorado por médico alguno, solo fue recibido por el auxiliar de enfermería. En el piso no había médico general de turno permanente presencial en el servicio.

-. A las 18:50 horas del 9 de febrero de 2010, el señor Rodríguez Velandia aumentó su malestar que se acompañaba de dolor de cabeza, opresión en el pecho, sudoración profusa, respiración muy rápida, pero como no había médico, el personal de enfermería tuvo que buscar al residente de cirugía, que era un estudiante, para que acudiera al servicio.

-. El personal de turno del servicio, comenzó a solicitar la presencia del cirujano de turno, y 45 minutos después del llamado hizo presencia el residente Diego Ruiz Amaya. Esa noche del 9 de febrero de 2010, en la Clínica el Bosque no había especialista de turno en el servicio de cirugía.

-. El estudiante Ruiz, no era especialista, no estaba titulado como tal, era educando de cirugía, sin embargo, todo el tiempo hizo presencia como si fuera "el especialista" y en sus anotaciones en la historia colocó un sello que lo acreditaba como "cirujano general". Con la nota hecha por el residente Ruiz, se suplantó al médico tratante ausente.

-. A las 20:00 horas del 9 de Febrero de 2010, el paciente se mantenía con la tensión baja, sudoroso, con taquicardia y con los mismos síntomas claros de que estaba en episodio de tromboembolismo, por lo que la auxiliar de enfermería le informó al jefe de turno de la noche, de nombre Hans Parra, quien ordenó ubicar al médico de turno y se dio alerta de código azul.

-. A las 21:00 del 9 de febrero de 2010, la auxiliar de enfermería registró en la historia que, el señor Rodríguez Velandia estaba inconsciente, sin respuesta y con signos vitales muy tenues, ningún empleado de salud de la Clínica el Bosque, le prestó apoyo en reanimación, ni lo trasladaron al servicio de urgencias o a la UCI para iniciarle la reanimación.

-. Solo 20 minutos después de haber emitido la alerta de código azul se presentó en el servicio el médico de turno de la UCI quien ya encontró al señor Alfonso Rodríguez Velandia muerto.

-. Ninguno de los médicos tratantes en la primera hospitalización del 7 al 16 de enero de 2010 le dio importancia al antecedente de tener cáncer de próstata y estar recibiendo tratamiento con antiandrógenos y tener várices, antecedentes que favorecía el tromboembolismo, por lo que debió ser tratado con un anticoagulante seguro. Los médicos omitieron los deberes de diligencia y cuidado, sin medir los riesgos, le iniciaron un peligroso tratamiento con warfarina.

-. Adujo que, el 28 de enero de 2010 la Secretaría de Salud Distrital de Bogotá expidió certificación de cumplimiento de condiciones tecnológicas y científicas, suficiencia

EXPEDIENTE No: 110013331034-2011-00272-00

REPARACION DIRECTA: SENTENCIA PRIMERA INSTANCIA

patrimonial, financiera y capacidad técnico administrativa de la Clínica El Bosque, pero se hizo sin ejercer la posterior vigilancia y control para verificar tales condiciones, no realizó auditoría externa ni vigilancia sobre la calidad de la prestación del servicio de salud.

-. Que el Ministerio de la Protección Social no ejerció la vigilancia encomendada por la Constitución y la ley, y la Superintendencia Nacional de Salud, tampoco cumplió a cabalidad con la función de vigilancia y control de la EPS y las IPS que le correspondían.

-. Que la EPS Sanitas S.A. tampoco ejerció la vigilancia y control ordenados en las resoluciones expedidas por el Gobierno Nacional, tampoco realizó auditorías externas a la IPS, ni ejerció el control de cumplimiento de condiciones de habilitación establecido en las normas legales para mantener el contrato con la Clínica El Bosque, y obró con negligencia ante la queja formulada por la familia de la víctima.

## **2.2. Contestación de la demanda**

### **2.2.1.- Ministerio de salud y protección social**

La entidad se pronunció frente a la demanda, contestando cada uno de los hechos y oponiéndose a las pretensiones formuladas (fls. 110 a 123 C 1).

Adujo que, la entidad no prestaba de manera directa ni indirecta los servicios de salud, pues su función era la de determinar las políticas en materia de salud. Que cada hospital, clínica o empresa social del Estado tenía absoluta libertad y autonomía para designar los cuadros directivos, nominar y designar al personal médico, paramédico, auxiliar y administrativo que requiera para su funcionamiento.

Formuló las siguientes excepciones de mérito:

#### **-. Falta de legitimación en la causa por pasiva**

Señaló que, el extinto Ministerio de la Protección Social, hoy Ministerio de Salud y Protección Social era y es un organismo perteneciente a la Rama Ejecutiva del poder público, que no tenía como función la de prestar servicios asistenciales de salud, por lo que no se podía derivar responsabilidad por esa actividad, frente a la cual no tenía competencia alguna.

#### **-. Inexistencia del daño antijurídico**

Adujo que, en ninguno de los hechos de la demanda se le imputó a la Nación –Ministerio de la Protección Social hoy Ministerio de Salud y Protección Social la generación de algún daño, precisamente por cuanto la falla que se alega no correspondió a su actuar.

### **2.2.2.- EPS Sanitas S.A.**

La entidad se pronunció frente a cada uno de los hechos de la demanda oponiéndose a las pretensiones formuladas por carecer de fundamentos de hecho y de derecho (fls. 193 a 224 C1).

Señaló que, la entidad no prestaba directamente el servicio de salud, ya que lo que hacía

EXPEDIENTE No: 110013331034-2011-00272-00

REPARACION DIRECTA: SENTENCIA PRIMERA INSTANCIA

era gestionar la contratación de las instituciones y profesionales médicos, quienes son los verdaderos encargados de prestar el servicio requerido por los pacientes. Las actividades de las EPS están directamente relacionadas con el aseguramiento de la salud, que es diferente a la prestación de dicho servicio.

Formuló como excepciones de mérito las siguientes:

**-. Inexistencia de la obligación indemnizatoria**

Sostuvo que, EPS Sanitas tenía como finalidad garantizar la cobertura de los servicios de salud a través de la contratación de instituciones prestadoras de tales servicios y de los diferentes profesionales. Que era una sociedad anónima de derecho privado autorizada para operar en el régimen contributivo, siendo responsable de la afiliación, registro de afiliados y el recaudo de sus cotizaciones.

Que en ese sentido las fallas que se alegan en la demanda no pueden considerarse como constitutivas de responsabilidad en cabeza de dicha entidad, pues su principal obligación consistió en facilitar el acceso al paciente a los servicios de salud requeridos en una entidad debidamente habilitada por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

**-. La carga probatoria recae en la parte actora, los hechos de la demanda no configuran culpa ni presunción de culpa**

Indicó que, los demandantes refirieron que los hechos denunciados constitúan negligencia en la fase de atención en urgencias por parte del médico tratante, sin hacerse mención expresa a la responsabilidad que le asistía a la EPS Colsanitas S.A., por lo que debía acatar la carga probatoria consagrada en el artículo 177 del CPC.

**-. Inexistencia de la relación de causalidad entre la EPS Sanitas y el daño alegado por los demandantes**

Señaló que, la EPS Sanitas no participó en la atención hospitalaria ni médica brindada al paciente, pues esa fue labor de una IPS con la que se tenía convenio.

**-. El reporte de los eventos adversos no forma parte de las obligaciones a cargo de las EPS**

Expuso que, de acuerdo con lo previsto en el artículo 2ª de la resolución No. 004816 del 27 de noviembre de 2008, se denomina evento adverso al daño no intencional al paciente, operador o medio ambiente que ocurre como consecuencia de la utilización de un dispositivo médico.

Que son los prestadores de servicios de salud (clínicas y hospitales), las personas obligadas a reportar un evento o incidente adverso a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, incluso los más serios deben reportarse al Invima de forma inmediata, pero que esa no era obligación de las EPS, pues no prestaba servicios de salud.

**-. Cumplimiento de la obligación de auditoría médica**

Señaló que, el objetivo de la auditoría en salud era la de evaluar en forma integral la gestión y prestación de los servicios de salud con énfasis en la calidad.

Hizo una síntesis de los objetivos, de los encargados de hacer las auditorías y de los procedimientos para realizarlas, indicando que, en el presente evento, se practicaron sendas auditorías de hospitalización en las áreas de cirugía general y medicina interna.

**- Ausencia de culpa por parte de la EPS sanitas S.A.**

Adujo que, en materia de responsabilidad médica por la prestación del servicio de salud, la misma se deduce de la culpa, independientemente de que la pretensión indemnizatoria tenga una causa contractual o extracontractual.

Que la EPS Sanitas emitió las autorizaciones correspondientes con el fin de que al paciente Alfonso Rodríguez Velandia se le brindara la atención en salud que requería, es decir, se cumplió con las obligaciones derivadas del contrato de afiliación suscrito con el usuario.

**- Inexistencia de solidaridad**

Expuso que, en cada una de las pretensiones se solicitó condena solidaria contra la EPS Sanitas S.A., en virtud del supuesto incumplimiento contractual, pero la fuente de responsabilidad de las obligaciones para los eventuales responsables es diversa.

Que para el caso específico ninguna regulación legal establece que la EPS Sanitas S.A. tenga una obligación solidaria con la IPS, ni mucho menos con los profesionales de la salud que prestaron los servicios, a pesar de pertenecer al sistema de seguridad social en salud, pues cada cual tiene obligaciones específicas que debe cumplir.

**- Ausencia de responsabilidad derivada del pacto contractual**

Indicó que, la EPS Sanitas S.A. celebró con la Clínica El Bosque un acuerdo para la prestación del servicio de salud por parte de la mencionada IPS, cuya vigencia correspondía a los hechos expuestos en la demanda durante el año 2010.

Que por tal razón la IPS Clínica El Bosque, en virtud de su autonomía, era plenamente responsable por los actos médicos asistenciales que se obligó a prestar, tal y como expresamente se encontraba plasmado en el numeral 3° del contrato marco de servicios asistenciales en salud de condiciones uniformes.

**2.2.3.- La Superintendencia Nacional de Salud**

Contestó cada uno de los hechos de la demanda, oponiéndose a la totalidad de pretensiones, por cuanto dicha entidad no cumplía funciones de prestación del servicio de salud ni de aseguramiento de dicho ramo (fls. 269 a 291 C1).

Formuló las siguientes excepciones:

**- Falta de legitimación en la causa por pasiva y hecho de un tercero ajeno a la Superintendencia Nacional de Salud**

Sostuvo que, no existía nexo causal entre el presunto daño producido a los demandantes, es decir, entre la muerte de su familiar y las funciones constitucional y legalmente atribuidas a dicha entidad.

EXPEDIENTE No: 110013331034-2011-00272-00  
REPARACION DIRECTA: SENTENCIA PRIMERA INSTANCIA

Que el hecho generador del daño provino de una función desarrollada por una institución prestadora del servicio de salud, la cual gozaba de personería jurídica, autonomía administrativa y financiera, que se encontraba habilitada para la prestación del servicio de salud en el Distrito Capital de Bogotá, como lo era la Fundación Salud Bosque.

#### **- Inexistencia de la obligación**

Adujo que, la Superintendencia Nacional de Salud era un organismo de carácter técnico, y en su condición de tal debía propugnar porque los integrantes del sistema general de seguridad social en salud cumplieran a cabalidad con sus obligaciones. Que dentro de ese marco se circunscribían las obligaciones de inspección, vigilancia y control asignadas, pero no tenía función de prestación de los servicios de salud, por lo que la imputación de responsabilidad carecía de una conexión real y efectiva.

#### **2.2.4.- La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá**

Se pronunció genéricamente frente a los hechos manifestando que, la mayoría no le constaban, otros no eran ciertos, Así mismo se opuso a la totalidad de pretensiones en la medida en que, a dicha entidad no le competía asumir obligaciones que no eran de su resorte (fls. 297 a 311 C1).

Formuló las siguientes excepciones:

#### **- Falta de legitimación en la causa por pasiva**

Indicó que, ni el Distrito Capital de Bogotá ni la Secretaría Distrital de Salud podían ser organismos pasivos dentro de la presente acción, por tratarse de entidades distintas de las que causaron los perjuicios narrados en la demanda.

Hizo alusión a las normas que regulaban el sistema general de seguridad social en salud a nivel distrital, su objeto y funciones, señalando que la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá no prestaba los servicios de salud, pues se trataba de un organismo único de dirección del sistema distrital de salud, para efectuar la coordinación, integración, asesoría, vigilancia y control de los aspectos técnicos, científicos, administrativos y financieros de salud.

Señaló que, no era a la citada entidad a la que le correspondía responder por los hechos aducidos en la demanda, sino a la Clínica el Bosque y a la EPS Colsanitas S.A., quienes tenían la responsabilidad de dispensar la atención médico asistencial al paciente, gozaban de personería jurídica, contaban con autonomía administrativa, financiera y patrimonio propio.

#### **- Ausencia de responsabilidad de la administración**

Expuso que, el Distrito Capital de Bogotá D.C. –Secretaría Distrital de Salud no podía asumir la obligación que se le endilgaba, pues no se demostraba la presunta omisión de la administración respecto de las funciones de inspección, vigilancia y control para el caso del señor Alfonso Rodríguez Velandia. Que la Secretaría Distrital de Salud no recibió queja alguna frente al caso, y solo lo conoció al momento de ser citada ante la Procuraduría General de la Nación en aras de conciliar.

### **- Falta de fundamento de los hechos y derecho para imputar el daño**

Adujo que, no había prueba del daño de la entidad que hubiese generado la muerte del paciente, como tampoco se comprobaba la omisión en la gestión de funciones de la entidad, ni existía prueba de responsabilidad por cuenta de la misma, por lo que no se configuraba el nexo causal atribuible al ente territorial.

La demandada **Clínica Fundación Salud Bosque**, contestó la demanda y llamó en garantía a La Previsora S.A. Compañía de Seguros en forma extemporánea (fls. 133 a 192 C1 y cuaderno No.), por lo que mediante providencia del 22 de mayo de 2012 se tuvo por no contestada la demanda por cuenta de la citada demandada, y como no presentado el llamamiento en garantía, decisión que fue recurrida manteniéndose la misma a través de auto del 17 de julio de 2012 (fls. 393 a 394 y 408 a 411 C1).

### **2.3. Trámite procesal**

La presente demanda fue radicada ante el Tribunal Administrativo de Cundinamarca el 3 de agosto de 2011, como consta a folio 83 C1.

Mediante providencia del 6 de septiembre de 2011 la citada Corporación declaró la falta de competencia por razón de la cuantía, disponiendo la remisión del expediente a los Juzgados Administrativos de Bogotá (fls. 86 a 87 C1).

Mediante auto del 6 de diciembre de 2011, se dispuso la admisión de la demanda por cuenta del Juzgado 21 Administrativo de Descongestión del Circuito de Bogotá, a quien se le repartió la misma (fls. 92 a 94 C1).

Las demandadas se notificaron en legal forma, como consta a folios 98 a 103 C1.

A través de providencia del 24 de junio de 2014, se abrió el proceso a pruebas (fls. 113 a 116 C2).

Mediante providencia del 6 de marzo de 2020, se dispuso correr traslado a las partes para que presentaran sus alegatos de conclusión, y para que el Ministerio Público presentara su concepto, si a bien lo tenía.

### **2.4. Alegatos de conclusión**

#### **2.4.1.- Ministerio de Salud y Protección Social**

Mediante correo electrónico del 1ª de julio de 2020, la citada demandada presentó sus alegatos de conclusión solicitando negar la totalidad de pretensiones formuladas en su contra.

Para el efecto, en primer lugar, hizo una síntesis de la normatividad que regía a la citada entidad, especificando sus funciones y objetivos, posteriormente hizo alusión a la normatividad que regulaba el sistema de seguridad social en salud.

Se mantuvo en los argumentos expuestos en la contestación de la demanda, haciendo

EXPEDIENTE No: 110013331034-2011-00272-00

REPARACION DIRECTA: SENTENCIA PRIMERA INSTANCIA

énfasis en la falta de legitimación en la causa por pasiva de la entidad.

Indicó que, no se configuraba el nexo causal entre la falla en el servicio brindado al paciente y las funciones del citado ministerio, por cuanto dentro de las mismas no estaba la de prestar el servicio médico asistencial, por lo que no se le podía derivar responsabilidad por un hecho frente al cual no tenía competencia.

Señaló que, la Nación –Ministerio de Salud y Protección Social no era responsable patrimonial ni extracontractualmente por los hechos imputados, pues no tuvo participación directa o indirecta en la atención médica dispensada al paciente.

#### **2.4.2.- Fundación Salud Clínica el Bosque**

Mediante correo electrónico del 7 de julio de 2020, la citada demandada presentó sus alegatos de conclusión solicitando negar la totalidad de pretensiones formuladas en su contra, pues consideró que no se encontraba acreditado el nexo de causalidad entre el servicio prestado por la clínica y el supuesto daño alegado.

Sostuvo que, la practica medica determinada por los galenos, se realizó con base en los protocolos médicos establecidos para ese fin y en la normatividad vigente, la inexistencia de culpa médica que rompía el nexo causal, ya que se empleó la diligencia y cuidado en la atención al paciente.

Adujo que, el tratamiento prestado al paciente fue conforme a la regla de cuidado y prudencia para el tratamiento de tromboembolismo, ya que se le realizaron los medios adecuados como lo eran el doppler color y el angio tac de tórax para confirmarlo o descartarlo, procedimientos que fueron efectivamente llevados a cabo en el primer ingreso de enero de 2010. Una vez confirmada la patología se siguió el manejo establecido.

Indicó que, se desplegaron por cuenta de la clínica todos los recursos humanos y tecnológicos a fin de brindar la atención requerida por el paciente, atendiendo los principios de oportunidad integral y calidad, además desde el ingreso del paciente se hizo la revisión por sistemas frente a los antecedentes que presentaba, se le realizó el examen físico, se consignó el respectivo diagnóstico y una vez conocida la patología, se inició manejo integral de acuerdo al protocolo médico, remitiéndolo por interconsulta a valoración por cirugía general y demás especialidades.

En fin, la entidad hospitalaria actuó de conformidad con la lex artis, siendo claro que, aun cuando el desenlace no fue el esperado, no necesariamente conducía a la conclusión de una mala práctica médica, en la medida que ésta, era de medios y no de resultado.

#### **2.4.3.- Parte demandante**

Mediante correo electrónico del 7 de julio de 2020, la parte demandante presentó sus alegatos de conclusión solicitando acceder a las pretensiones formuladas.

Para sustentar la solicitud se refirió a las contestaciones de la demanda formuladas por cada uno de los integrantes del extremo pasivo, haciendo énfasis en el material probatorio recaudado y que en su sentir, dejaba sin sustento los argumentos de la pasiva y, que por el contrario, constituían fundamentos para acceder a las súplicas de la demanda.

En seguida insistió en la configuración tanto de las acciones como de las omisiones atribuidas a cada una de las demandadas, que según lo adujo, se contraen a la falta de deber de diligencia y cuidado en la vigilancia y control en los principios de calidad, seguridad, oportunidad y eficiencia que se debieron garantizar en el manejo de la atención médica dispensada al paciente. Que omitieron por completo el cumplimiento de sus deberes y funciones asignadas en las normas constitucionales y legales.

Señaló que, dicho incumplimiento contribuyó de manera eficiente a que el paciente falleciera, por lo que se les debía declarar patrimonial y solidariamente responsables por los perjuicios derivados de la muerte del señor Alfonso Rodríguez Velandia.

#### **2.4.4.- Superintendencia Nacional de Salud**

Mediante correo electrónico del 3 de julio de 2020, la citada demandada presentó sus alegatos de conclusión solicitando negar las pretensiones formuladas en su contra, insistiendo en la falta de legitimación en la causa por pasiva de esa entidad.

En primer lugar, se refirió a la naturaleza jurídica de la citada entidad y a las funciones y objetivos establecidos en la ley, concluyendo sobre el punto que, no era un organismo ejecutor ni prestador del servicio de salud, pues en ningún caso prestaba servicios médico asistenciales directamente, ni los contrataba con un tercero para que los prestara, ya que dicha labor le correspondía a las instituciones prestadoras de servicios de salud ya públicas o privadas habilitadas por el ente territorial.

Sostuvo que, no le asistía responsabilidad alguna en el presente evento, en la medida en que no se presentaba falla imputable a la SNS.

#### **2.4.5.- Alegatos que no se tienen en cuenta por extemporáneos**

Por su parte, las demandadas **EPS Sanitas S.A.** y la **Secretaría Distrital de Salud de Bogotá**, presentaron sus alegatos de conclusión a través del canal virtual autorizado, solo hasta el **15 de julio de 2020**, es decir, en forma extemporánea, por lo que en esta oportunidad no serán tenidos en cuenta los argumentos allí expuestos.

En efecto, mediante la Resolución 385 del 12 de marzo de 2020 el Ministerio de Salud y Protección Social declaró la emergencia sanitaria por causa del coronavirus COVID-19 en el territorio nacional, la cual fue prorrogada hasta el 31 de agosto de 2020 por la Resolución 844 del 26 de mayo.

A su vez, el Consejo Superior de la Judicatura, mediante los acuerdos PCSJA20-11517, PCSJA20-11518, PCSJA20-11519, PCSJA20-11521, PCSJA20-11526, PCSJA20-11527, PCSJA20-11528, PCSJA20-11529, PCSJA20-11532, PCSJA20-11546, PCSJA20-11549 y PCSJA20-11556 suspendió los términos judiciales, estableció algunas excepciones y adoptó otras medidas por motivos de salubridad pública y fuerza mayor con ocasión de la pandemia de la COVID-19, la cual ha sido catalogada por la Organización Mundial de la Salud como una emergencia de salud pública de impacto mundial.

Mediante el Decreto 564 del 15 de abril de 2020 se determinó que los términos de prescripción y de caducidad previstos, en cualquier norma sustancial o procesal para derechos, acciones, medios de control o presentar demandas ante la Rama Judicial, fueran de días, meses o años, se encontraban suspendidos desde el **16 marzo 2020** hasta el día

EXPEDIENTE No: 110013331034-2011-00272-00

REPARACION DIRECTA: SENTENCIA PRIMERA INSTANCIA

que el Consejo Superior de la Judicatura dispusiera la reanudación de los términos judiciales, y que dicha suspensión, no sería aplicable en materia penal.

Mediante acuerdo PCSJA20-11567 del 5 de junio de 2020, el Consejo Superior de la Judicatura adoptó medidas para el levantamiento de los términos judiciales y dictó otras disposiciones por motivos de salubridad pública y fuerza mayor, acordando entre otros lo siguiente:

*"Artículo 1. Levantamiento de la suspensión de términos judiciales. La suspensión de términos judiciales y administrativos en todo el país se levantará **a partir del 1 de julio de 2020** de conformidad con las reglas establecidas en el presente Acuerdo".*

Así las cosas, la suspensión de términos judiciales operó desde el 16 de marzo (inclusive) al 30 de junio de 2020 (inclusive).

Mediante providencia del 6 de marzo de 2020 se corrió traslado a las partes dentro del presente asunto, por el término de diez (10) días, para que presentaran sus alegatos de conclusión, decisión notificada por estado el 10 de marzo del mismo año, como consta a folio 619 C. 3.

Por lo tanto, los 10 días con los que contaban los extremos para presentar sus alegatos corrieron entre el **11 al 13 de marzo** (antes de la suspensión), y después de la suspensión, entre el **1° al 9 de julio de 2020**, fecha hasta la cual las partes podían presentar oportunamente sus alegatos de conclusión, en la página virtual autorizada.

Como se indicó en líneas anteriores, las demandadas **EPS Sanitas S.A.** y la **Secretaría Distrital de Salud de Bogotá**, presentaron sus alegatos de conclusión a través del canal virtual autorizado, solo hasta el **15 de julio de 2020**, es decir, en forma extemporánea, por lo que no serán tenidos en cuenta.

**El Ministerio Público** no rindió concepto.

## II.- CONSIDERACIONES

### Presupuestos procesales

#### 2.1.- Competencia

Este Despacho es competente para decidir la presente acción, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 134 B numeral 6° del Código Contencioso Administrativo.

#### 2.2.- Procedibilidad del medio de control

La acción impetrada de reparación directa (art. 86, C.C.A.), es procedente, toda vez que con ella se pretende el resarcimiento de los daños materiales y morales sufridos por los demandantes a raíz de la presunta falla en la atención médica brindada al paciente Alfonso Rodríguez Velandia, que se dice, desencadenó en su muerte, y por la falta de supervisión, vigilancia y control de las demandadas que no prestaban el servicio de salud.



## 2.3.- Legitimación en la causa

Respecto de la legitimación en la causa, la jurisprudencia<sup>1</sup> y la doctrina han distinguido entre la legitimación de hecho y la legitimación material, precisando:

*"La legitimación de hecho es la relación procesal que se establece entre el demandante y el demandado por intermedio de la pretensión procesal; es decir es una interrelación jurídica que nace de la imputación de una conducta en la demanda, y de la notificación de ésta al demandado; quien cita a otro y le atribuye está legitimado de hecho y por activa, y a quien cita y le atribuye está legitimado de hecho y por pasiva desde la notificación del auto admisorio de la demanda. En cambio la legitimación material en la causa alude a la participación real de las personas, por regla general, en el hecho origen de la formulación de la demanda, independientemente de que haya demandado o no, o de que haya sido demandado o no. Por tanto todo legitimado de hecho no necesariamente estará legitimado materialmente, pues sólo lo están quienes participaron realmente en los hechos que le dieron origen a la formulación de la demanda. En la legitimación en la causa material sólo se estudia si existe o no relación real de la parte demandada o demandante con la pretensión que se le atribuye o la defensa que se hace, respectivamente. En últimas la legitimación material en la causa o por activa o por pasiva es una condición anterior y necesaria, entre otras, para dictar sentencia de mérito favorable, al demandante o al demandado."*

Igualmente, el H. Consejo de Estado ha señalado que la legitimación material en la causa, en acción de reparación directa, está dada por activa en la medida que el actor ostente la calidad de damnificado. Puntualmente, ha precisado:

*"...De entrada es pertinente señalar que en procesos como éste, iniciados con fundamento en la acción de reparación directa, la legitimación en la causa está dada por la condición de damnificado del demandante, habiéndose de legitimación de hecho la que surge de la simple alegación de tal calidad en la demanda y de legitimación material la que se desprende de la prueba efectiva de dicha condición, necesaria para el momento de fallar." (Destaca el Despacho).*

### 2.3.1. Legitimación en la causa por activa

Luego, tratándose de acción de reparación directa, existe legitimación en la causa por activa cuando el demandante demuestra en el juicio que ostenta la calidad de damnificado, esto es, su condición de perjudicado, por ser el titular de un derecho que se ve conculcado por la Administración; o por tener interés en los hechos de los que se deriva el perjuicio, habida cuenta del parentesco con la víctima directa.

Es así que los demandantes Oscar Humberto Rodríguez Sarmiento, Carlos Augusto Rodríguez Sarmiento, Alfonso Rodríguez Sarmiento y Germán Orlando Rodríguez Sarmiento, se encuentran legitimados en la causa por activa en calidad de hijos de la víctima, de conformidad con los registros civiles de nacimiento visibles a folios 12, 14, 16 y

<sup>1</sup> Entre otras la sentencia de 11 de agosto de 2005, Consejera Ponente Dra. María Elena Giraldo Radicado 1996-4285; sentencia de 28 de abril de 2005 Consejero Ponente Dr. Germán Rodríguez Villamizar radicado 1996-03266.

EXPEDIENTE No: 110013331034-2011-00272-00

REPARACION DIRECTA: SENTENCIA PRIMERA INSTANCIA

18 del cuaderno de pruebas. Así mismo la demandante Margarita Sarmiento de Rodríguez se encuentra legitimada por activa en calidad de esposa de la víctima, como se desprende del registro civil de matrimonio visible a folio 10 del cuaderno de pruebas. Y finalmente, el menor Nicolás Rodríguez Pedraza representado por su padre Alfonso Rodríguez Sarmiento, se encuentra legitimado en calidad de nieto de la víctima, tal y como se desprende del registro civil de nacimiento visible a folio 18 del cuaderno de pruebas.

### **2.3.2. Legitimación en la causa por pasiva**

Se demandó a la Nación –Ministerio de la Protección Social, a la Superintendencia Nacional de Salud, al Distrito Capital de Bogotá-Secretaría de Salud Distrital, a la EPS Sanitas S.A. y a la Fundación Salud Bosque, según se indicó, por la falla médica que causó la muerte del señor Alfonso Rodríguez Velandia, ocurrida el 9 de febrero de 2010, y por la falta de supervisión, vigilancia y control por cuenta de las entidades que no prestaban el servicio médico.

Entre las acciones y omisiones endilgadas a la parte demandada en general, se indicó que, ninguno de los médicos tratantes en la primera hospitalización del 7 al 16 de enero de 2010 le dio importancia al antecedente de tener cáncer de próstata y estar recibiendo tratamiento con antiandrógenos y tener várices, antecedentes que favorecía el tromboembolismo, por lo que debió tratarse con un anticoagulante seguro. A juicio de la actora, los médicos omitieron los deberes de diligencia y cuidado, pues sin medir los riesgos, le iniciaron un peligroso tratamiento con warfarina.

Frente al Ministerio de la Protección Social se indicó que, no ejerció la vigilancia encomendada por la Constitución y la ley, al igual que la Superintendencia Nacional de Salud, tampoco cumplió a cabalidad con la función de vigilancia y control de la EPS y las IPS que le correspondían.

Con respecto a la EPS Sanitas S.A. sostuvo que tampoco ejerció la vigilancia y control ordenados en las resoluciones expedidas por el Gobierno Nacional, tampoco realizó auditorías externas a la IPS, ni ejerció el control de cumplimiento de condiciones de habilitación establecido en las normas legales para mantener el contrato con la Clínica El Bosque, y obró con negligencia ante la queja formulada por la familia de la víctima.

Finalmente, en lo atinente a la Secretaría Distrital de Salud, señaló que, si le fueron reportados los múltiples eventos adversos por parte de la IPS dentro de la exigencia mensual y trimestral del monitoreo de la calidad de la prestación de los servicios, y que fueron muchos los eventos de esa clase sucedidos respecto del paciente Alfonso Rodríguez Velandia, se omitió realizar la investigación respectiva, y que no cumplió con sus funciones de supervisión, vigilancia y control frente a la IPS.

En ese sentido, como las demandadas Nación –Ministerio de la Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud y Secretaría Distrital de Salud de Bogotá alegaron la falta de legitimación en la causa por pasiva, se hace necesario entrar a determinar tanto las funciones como objetivos de dichas entidades que no prestan directa ni indirectamente el servicio de salud, en aras de establecer si se configura o no la falta de legitimación en la causa por pasiva, respecto de cada una.

### **Funciones y objetivos del Ministerio de la Protección Social**

EXPEDIENTE No: 110013331034-2011-00272-00

REPARACION DIRECTA: SENTENCIA PRIMERA INSTANCIA

Pues bien, la Ley 790 de 2002, mediante la cual se expidieron normas para adelantar el programa de renovación de la administración pública, disponía:

*"ARTÍCULO 5º. Fusión del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y el Ministerio de Salud. Fusióñese el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y el Ministerio de Salud y confórmese el Ministerio de la Protección Social. Los objetivos y funciones del Ministerio de la Protección Social serán las establecidas para los ministerios fusionados".*

Por su parte, el Decreto 205 de 2002, por medio del cual se determinaron los objetivos, la estructura orgánica y las funciones del Ministerio de la Protección Social, norma que se encontraba vigente para el momento en que ocurrieron los hechos que centran la atención del Despacho, señalaba:

*"ARTÍCULO 1º. OBJETIVOS. El Ministerio de la Protección Social tendrá como objetivos primordiales la formulación, adopción, dirección, coordinación, ejecución, control y seguimiento del Sistema de la Protección Social, establecido en la Ley 789 de 2002, dentro de las directrices generales de la ley, los planes de desarrollo y los lineamientos del Gobierno Nacional.*

*Las políticas públicas del Sistema de la Protección Social se concretan mediante la identificación e implementación, de ser necesario, de estrategias de reducción, mitigación y superación de los riesgos que puedan provenir de fuentes naturales y ambientales, sociales, económicas y relacionadas con el mercado de trabajo, ciclo vital y la salud, en el marco de las competencias asignadas al Ministerio.*

*El Sistema de la Protección Social integra en su operación el conjunto de obligaciones; instituciones públicas, privadas y mixtas; normas; procedimientos y recursos públicos y privados destinados a prevenir, mitigar y superar los riesgos que afectan la calidad de vida de la población e incorpora el Sistema Nacional de Bienestar Familiar, el Sistema General de Seguridad Social Integral y los específicamente asignados al Ministerio.*

*ARTÍCULO 2º. FUNCIONES. El Ministerio de la Protección Social tendrá, además de las funciones que las disposiciones legales vigentes hayan asignado a los Ministerios de Trabajo y Seguridad Social y de Salud, las siguientes:*

- 1. Formular, dirigir y coordinar la política social del Gobierno Nacional en las áreas de empleo, trabajo, nutrición, protección y desarrollo de la familia, previsión y Seguridad Social Integral.*
- 2. Definir las políticas que permitan aplicar los principios de solidaridad, universalidad, eficiencia, unidad e integralidad de los Sistemas de Seguridad Social Integral y Protección Social.*
- 3. Definir las políticas y estrategias para enfrentar los riesgos promoviendo la articulación de las acciones del Estado, la sociedad, la familia, el individuo y los demás responsables de la ejecución y resultados del Sistema de Protección Social.*
- 4. Definir políticas para coordinar a los organismos del Estado a quienes se les asignen funciones de protección social con las entidades privadas o entes especializados, para evitar duplicidades y optimizar la oferta y demanda de servicios.*
- 5. Definir, dentro del marco de sus competencias, las políticas en materia de subsidio familiar que se relacionen con los planes de desarrollo, planes y programas para obras y servicios sociales, necesidades básicas insatisfechas, límites a las inversiones, gastos administrativos y formación de reservas.*

EXPEDIENTE No: 110013331034-2011-00272-00

REPARACION DIRECTA: SENTENCIA PRIMERA INSTANCIA

6. Definir, dirigir, coordinar y estimular, conforme a las disposiciones legales y disponibilidades financieras del Sistema, las políticas y directrices encaminadas a fortalecer la investigación, indagación, consecución, difusión y aplicación de los avances nacionales e internacionales en el campo del cuidado, protección, desarrollo de la salud y la calidad de vida, así como en la prevención de las enfermedades.

7. Proponer la reglamentación, de la cesión de activos, pasivos y contratos y demás formas de reorganización institucional, como instrumento de liquidación o gestión de las Cajas de Compensación Familiar o creación de las entidades correspondientes a través de las cuales las mismas realicen su objeto; así como toda clase de negociación de bienes de su propiedad.

8. Adelantar los procesos de coordinación con relación a las instituciones prestadoras de servicios de salud que se encuentren adscritas o vinculadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud y por ende frente a las cuales media control de tutela, así como en relación con las demás instituciones prestadoras relacionadas con el sistema.

9. Definir políticas tendientes a facilitar la divulgación para el reconocimiento y pleno conocimiento de los derechos de las personas en materia de empleo, trabajo, previsión y seguridad social y protección social, así como la información relativa a los avances en materia de cuidado, protección y mejoramiento de la calidad de vida.

10. Definir y regular, en coordinación con las entidades competentes, el Sistema de Información del Sector que comprenda el empleo, el trabajo y la previsión y, los Sistemas de Seguridad Social Integral y de Protección Social, y establecer los mecanismos para la recolección, tratamiento, análisis y utilización de la misma.

11. Formular, en lo relativo a la Ley 789 de 2002, las políticas de formación del recurso humano, capacitación y aprendizaje para armonizarlas con las necesidades económicas y las tendencias de empleo.

12. Definir y velar por la ejecución de las políticas, planes y programas en las áreas de salud ocupacional, medicina laboral, higiene y seguridad industrial y riesgos profesionales, tendientes a la prevención de accidentes de trabajo y de enfermedades profesionales.

13. Definir, desarrollar y coordinar políticas en materia de trabajo, empleo, seguridad y protección social para el sector informal de la economía, el sector no dependiente y el sector rural, y promover la ampliación de la cobertura de la seguridad y la protección social en los mismos.

14. Regular la oferta pública y privada de servicios de salud, estableciendo las normas para controlar su crecimiento, mecanismos para la libre elección de prestadores por parte de los usuarios y la garantía de la calidad, y, promover la organización de redes de prestación de servicios de salud.

15. Reglamentar, en el marco de sus competencias, las normas que regulan el empleo, el trabajo, la protección y desarrollo de la familia y la sociedad, la previsión y la Seguridad Social Integral en el Sector Público y Privado y, velar por su cumplimiento.

16. Definir los requisitos que deben cumplir las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado e instituciones prestadoras de servicios de salud para obtener la correspondiente habilitación.

17. Definir, regular y evaluar el cumplimiento de las normas técnicas y las disposiciones legales relativas al control de los factores de riesgo medioambientales en especial los derivados del consumo y del trabajo.

18. Ejercer las funciones de inspección y dictamen sobre el ejercicio de profesiones y la formación de todo tipo de recurso humano para el sector que adelantan las instituciones públicas, privadas o de cualquier naturaleza, que forman parte del Sistema de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con lo establecido en el presente decreto y en la Ley 10 de 1990.



19. *Dirigir y evaluar las políticas y directrices encaminadas a articular la gestión de las entidades descentralizadas del sector para garantizar la socialización de los riesgos económicos y sociales que afectan a la población, en especial la más vulnerable.*

20. *Coordinar y supervisar los planes y programas que desarrollan sus entidades adscritas o vinculadas en el campo del empleo, trabajo, previsión y, en los Sistemas de Seguridad Social Integral y de Protección Social.*

21. *Coordinar la programación, supervisión y evaluación de programas focalizados de la política social, sin perjuicio de la responsabilidad de las juntas o consejos directivos de las entidades ejecutoras.*

22. *Velar por la viabilidad, estabilidad y equilibrio financiero de los Sistemas de Protección Social y Seguridad Social Integral y los demás sistemas asignados al Ministerio de la Protección Social y, gestionar los recursos disponibles para mejorar y hacer más eficiente su asignación.*

23. *Promover de conformidad con los principios constitucionales, la participación de las organizaciones comunitarias, las entidades no gubernamentales, las instituciones asociativas, solidarias, mutuales y demás participantes en el desarrollo, consolidación, vigilancia y control de los Sistemas de Protección Social y Seguridad Social Integral y, protección y desarrollo de la familia y la sociedad.*

24. *Promover el estudio, elaboración, seguimiento, firma, aprobación, revisión judicial y la ratificación de los tratados o convenios internacionales relacionados con el empleo, el trabajo, la Seguridad Social y la Protección Social y, velar por el cumplimiento de los mismos, en coordinación con las entidades competentes en la materia.*

25. *Promover y velar por la protección de los derechos al trabajo, a la asociación y a la huelga, conforme a las disposiciones constitucionales y legales vigentes.*

26. *Estimular y promover el desarrollo de una cultura en las relaciones laborales que propenda por el diálogo, la concertación y la celebración de los acuerdos que consoliden el desarrollo social y económico, el incremento de la productividad, la solución pacífica de los conflictos individuales y colectivos de trabajo, la concertación de las políticas salariales y laborales, y, la protección social de los grupos vulnerables.*

27. *Elaborar en coordinación con sus organismos adscritos y vinculados el Plan de Desarrollo del Sector para su incorporación en el Plan General de Desarrollo.*

28. *Ejercer, en el marco de sus competencias, la prevención, inspección, control y vigilancia del cumplimiento de las normas sustantivas y procedimentales en materia de trabajo, empleo y seguridad social e imponer las sanciones pertinentes.*

29. *Preparar y presentar al Congreso de la República y de acuerdo con la agenda legislativa del Gobierno Nacional, los proyectos de ley relacionados con el Sector.*

30. *Proponer y desarrollar, en el marco de sus competencias, estudios técnicos e investigaciones para facilitar la formulación y evaluación de políticas, planes y programas en materia de empleo, trabajo, previsión, Seguridad Social Integral y Protección Social.*

31. *Controlar y evaluar la ejecución de planes y programas en las áreas de empleo, trabajo, previsión, seguridad social integral y protección en coordinación con las entidades que desarrollen funciones en dichas materias.*

32. *Vigilar y auspiciar el cumplimiento de los compromisos internacionales en materia de empleo, trabajo, seguridad social, protección social e inspección y vigilancia en el trabajo y, aprobar los proyectos de cooperación técnica internacional a celebrar por sus entidades adscritas o vinculadas, en coordinación con el Ministerio de Relaciones Exteriores, y demás entidades competentes en la materia.*

33. *Las demás que le asigne la ley".*

Como se aprecia, dentro de las funciones y atribuciones del extinto Ministerio de la Protección Social, no estaba la de prestar el servicio médico asistencial a los usuarios del

EXPEDIENTE No: 110013331034-2011-00272-00

REPARACION DIRECTA: SENTENCIA PRIMERA INSTANCIA

sistema de seguridad social en salud. Su objeto y funciones se relacionaban directamente con el ramo de la dirección y fijación de políticas en materia del trabajo protección social y de la salud, pero en nada se relacionaban con la prestación del servicio de salud.

Como se indicó anteriormente, la parte actora le atribuyó responsabilidad al Ministerio de la Protección Social, por no ejercer la vigilancia encomendada por la Constitución y la ley.

De la normatividad que se acaba de reseñar, se tiene que, la citada cartera ministerial tenía a su cargo la función de inspección y dictamen sobre el ejercicio de profesiones y la formación de todo tipo de recurso humano para el sector que adelantaban las instituciones públicas, privadas o de cualquier naturaleza, que formaran parte del sistema de seguridad social en salud, función que se relacionaba con una de las imputaciones de falta de idoneidad del personal médico de la Fundación Salud Bosque que la parte actora le atribuyó a la citada entidad hospitalaria, que en sentir de la parte actora no fue vigilada por el ente de control en salud.

En ese sentido, el Ministerio de la Protección Social se encuentra legitimado en la causa por pasiva, en la medida que se le endilgó la omisión de una función que legalmente se encontraba a su cargo, por lo que la circunstancia de si se presentó o no la citada omisión, y si ese hecho genera responsabilidad patrimonial, corresponde a un asunto de fondo que se desatará al entrar en el análisis de la responsabilidad.

### **Funciones y objetivos de la Superintendencia Nacional de Salud**

La Ley 1122 de 2007, mediante la cual se introdujeron algunas modificaciones al sistema general de seguridad social en salud, señala:

*“ARTÍCULO 35º: Definiciones. Para efectos del presente capítulo de la Ley, se adoptan las siguientes definiciones:*

*A.- Inspección: La inspección, es el conjunto de actividades y acciones encaminadas al seguimiento, monitoreo y evaluación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y que sirven para solicitar, confirmar y analizar de manera puntual la información que se requiera sobre la situación de los servicios de salud y sus recursos, sobre la situación jurídica, financiera, técnica-científica, administrativa y económica de las entidades sometidas a vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud dentro del ámbito de su competencia. Son funciones de inspección entre otras las visitas, la revisión de documentos, el seguimiento de peticiones de interés general o particular y la práctica de investigaciones administrativas.*

*B.- Vigilancia: La vigilancia, consiste en la atribución de la Superintendencia Nacional de Salud para advertir, prevenir, orientar, asistir y propender porque las entidades encargadas del financiamiento, aseguramiento, prestación del servicio de Salud, atención al usuario, participación social y demás sujetos de vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, cumplan con las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud para el desarrollo de éste.*

*C.- Control: El control consiste en la atribución de la Superintendencia Nacional de Salud para ordenar los correctivos tendientes a la superación de la situación crítica o irregular (jurídica, financiera, económica, técnica, científico-administrativa) de cualquiera de sus*

vigilados y sancionar las actuaciones que se aparten del ordenamiento legal bien sea por acción o por omisión.

ARTÍCULO 36º: Sistema de Inspección, Vigilancia y Control. Créase el Sistema de inspección, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud como un conjunto de normas, agentes, y procesos articulados entre sí, el cual estará en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con sus competencias constitucionales y legales, sin perjuicio de las facultades asignadas al Instituto Nacional de Salud y al INVIMA.

ARTÍCULO 37º. Ejes del Sistema de Inspección, Vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud. Para cumplir con las funciones de inspección, vigilancia y control la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá sus funciones teniendo como base los siguientes ejes:

- 1.- Financiamiento.- Su objetivo es vigilar por la eficiencia, eficacia y efectividad en la generación, flujo, administración y aplicación de los recursos del sector salud.
2. Aseguramiento.- Su objetivo es vigilar el cumplimiento de los derechos derivados de la afiliación o vinculación de la población a un plan de beneficios de salud.
3. Prestación de servicios de atención en salud pública. Su objetivo es vigilar que la prestación de los servicios de atención en salud individual y colectiva se haga en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad, en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.
- 4.- Atención al usuario y participación social. Su objetivo es garantizar el cumplimiento de los derechos de los usuarios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como los deberes por parte de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud; de igual forma promocionar y desarrollar los mecanismos de participación ciudadana y de protección al usuario del servicio de salud.
5. Eje de acciones y medidas especiales. Su objetivo es adelantar los procesos de intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar las entidades vigiladas que cumplen funciones de explotación u operación de monopolios rentísticos cedidos al sector salud, Empresas Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Salud de cualquier naturaleza, así como para intervenir técnica y administrativamente las direcciones territoriales de salud. Tratándose de liquidaciones voluntarias, la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá inspección, vigilancia y control sobre los derechos de los afiliados y los recursos del sector salud. En casos en que la Superintendencia Nacional de Salud revoque el certificado de autorización o funcionamiento que le otorgue a las Empresas Promotoras de Salud o Administradoras del Régimen Subsidiado, deberá decidir sobre su liquidación.
6. Información. Vigilar que los actores del Sistema garanticen la producción de los datos con calidad, cobertura, pertinencia, oportunidad, fluidez y transparencia.
7. Focalización de los subsidios en salud. Vigilar que se cumplan los criterios para la determinación, identificación y selección de beneficiarios y la aplicación del gasto social en salud por parte de las entidades territoriales.

Artículo 39º.- Objetivos de la Superintendencia Nacional de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus atribuciones de inspección, vigilancia y control, desarrollará, además de los señalados en otras disposiciones, los siguientes objetivos:

- a. Fijar las políticas de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- b. Exigir la observancia de los principios y fundamentos del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud.

EXPEDIENTE No: 110013331034-2011-00272-00

REPARACION DIRECTA: SENTENCIA PRIMERA INSTANCIA

c. Vigilar el cumplimiento de las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud y promover el mejoramiento integral del mismo. d. Proteger los derechos de los usuarios, en especial, su derecho al aseguramiento y al acceso al servicio de atención en salud, individual y colectiva, en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad en las fases de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud.

e. Velar porque la prestación de los servicios de salud se realice sin ningún tipo de presión o condicionamiento frente a los profesionales de la medicina y las instituciones prestadoras de salud.

f. Velar por la eficiencia en la generación, recaudo, flujo, administración, custodia y aplicación de los recursos con destino a la prestación de los servicios de salud.

g. Evitar que se produzca el abuso de la posición dominante dentro de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

h. Promover la participación ciudadana y establecer mecanismos de rendición de cuentas a la comunidad, que deberá efectuarse por lo menos una vez al año, por parte de los actores del Sistema.

Artículo 40°. Funciones y Facultades de la Superintendencia Nacional de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud, además de las funciones y facultades ya establecidas en otras disposiciones, cumplirá dentro del sistema de inspección, vigilancia y control, las siguientes:

a. Adelantar funciones de inspección, vigilancia y control al Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA y demás actores del sistema, incluidos los regímenes especiales y exceptuados contemplados en la ley 100 de 1993. b. Inspeccionar, vigilar y controlar que las Direcciones Territoriales de Salud cumplan a cabalidad con las funciones señaladas por ley, conforme a los principios que rigen a las actuaciones de los funcionarios del Estado, e imponer las sanciones a que haya lugar. En virtud de la misma potestad mediante decisión motivada, de oficio o a petición de parte podrá avocar el conocimiento de aquellos asuntos que se tramitan en las entidades territoriales de salud, cuando se evidencia la vulneración de dichos principios.

c. Con sujeción a las normas contenidas en el Código Contencioso Administrativo, señalará los procedimientos aplicables a los vigilados de la Superintendencia Nacional de Salud respecto de las investigaciones administrativas sancionatorias que deba surtir, respetando los derechos del debido proceso, defensa, o contradicción y doble instancia.

d. Introducir mecanismos de autorregulación y solución alternativa de conflictos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

e. Ejercer la competencia preferente de la inspección, vigilancia y control frente a sus vigilados, en cuyo desarrollo podrá iniciar, proseguir o remitir cualquier investigación o juzgamiento de competencia de los demás órganos que ejercen inspección, vigilancia y control dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, garantizando el ejercicio de la ética profesional, la adecuada relación médico paciente y el respeto de los actores del sistema por la dignidad de los pacientes y de los profesionales de la salud.

f. Sancionar en el ámbito de su competencia y denunciar ante las instancias competentes las posibles irregularidades que se puedan estar cometiendo en el Sistema General de Seguridad Social de Salud.

g. Vigilar, inspeccionar y controlar que se cumplan los criterios para la determinación, identificación y selección de beneficiarios y aplicación del gasto social en salud por parte de las Entidades Territoriales.

h. Vigilar que las Instituciones aseguradoras y prestadoras del Sistema General de Seguridad Social en Salud adopten y apliquen dentro de un término no superior a seis (6)

EXPEDIENTE No: 110013331034-2011-00272-00

REPARACION DIRECTA: SENTENCIA PRIMERA INSTANCIA

meses, un Código de conducta y de buen gobierno que oriente la prestación de los servicios a su cargo y asegure la realización de los fines de la presente Ley.

i. Autorizar la constitución y/o habilitación y expedir el certificado de funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado.

j. Las demás que conforme a las disposiciones legales se requieran para el cumplimiento de sus objetivos Parágrafo. Para el cumplimiento de su función de inspección y vigilancia, la Superintendencia Nacional de Salud podrá contratar la realización de programas o labores especiales con firmas de auditoría.

Artículo 41°. Función jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud. Con el fin de garantizar la efectiva prestación del derecho a la salud de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud y en ejercicio del artículo 116 de la Constitución Política, la Superintendencia Nacional de Salud podrá conocer y fallar en derecho, con carácter definitivo y con las facultades propias de un juez, en los siguientes asuntos:

a. Cobertura de los procedimientos, actividades e intervenciones del plan obligatorio de salud cuando su negativa por parte de las entidades promotoras de salud o entidades que se les asimilen, ponga en riesgo o amenace la salud del usuario.

b. Reconocimiento económico de los gastos en que haya incurrido el afiliado por concepto de atención de urgencias en caso de ser atendido en una IPS que no tenga contrato con la respectiva EPS cuando haya sido autorizado expresamente por la EPS para una atención específica y en caso de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud para cubrir las obligaciones para con sus usuarios.

c. Conflictos que se susciten en materia de multifiliación dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

d. Conflictos relacionados con la libre elección que se susciten entre los usuarios y las aseguradoras y entre éstos y las prestadoras de servicios de salud y conflictos relacionados con la movilidad dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Parágrafo 1°. La Superintendencia Nacional de Salud sólo podrá conocer y fallar estos asuntos a petición de parte. No podrá conocer de ningún asunto que por virtud de las disposiciones legales vigentes deba ser sometido al proceso de carácter ejecutivo o acciones de carácter penal.

Parágrafo 2°. El procedimiento que utilizará la Superintendencia Nacional de Salud en el trámite de los asuntos de que trata este artículo será el previsto en el artículo 148 de la ley 446 de 1998".

De la citada normatividad se evidencia que, dentro de las funciones y atribuciones de la Superintendencia Nacional de Salud, no estaba la de prestar el servicio médico asistencial a los usuarios del sistema de seguridad social en salud. Su objeto y funciones se relacionaban directamente con la inspección control y vigilancia de la prestación del servicio de salud, pero nada tenían que ver con la prestación de ese servicio propiamente dicho.

Como se indicó anteriormente, la parte actora le atribuyó responsabilidad a la Superintendencia Nacional de Salud, por no ejercer la vigilancia encomendada por la Constitución y la ley.

De la normatividad que se acaba de reseñar, se tiene que, la citada superintendencia tenía a su cargo en forma genérica funciones de inspección, vigilancia y control de los actores del sistema general de seguridad social en salud, y en concreto, la de proteger los derechos



EXPEDIENTE No: 110013331034-2011-00272-00

REPARACION DIRECTA: SENTENCIA PRIMERA INSTANCIA

de los usuarios, en especial, su derecho al aseguramiento y al acceso al servicio de atención en salud, individual y colectiva, en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad en las fases de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud, funciones que se relacionan con una de las imputaciones de falta de servicio adecuado y eficiente que la parte actora le atribuyó a la demandada Fundación Salud Bosque, donde fue atendido el paciente Alfonso Rodríguez Velandia, y que en sentir de los actores, no fue vigilada ni supervisada por el ente de control en salud.

En ese sentido, la Superintendencia Nacional de Salud se encuentra legitimada en la causa por pasiva, en la medida que se le endilgó la omisión de una función que legalmente se encontraba a su cargo, por lo que la circunstancia de si se presentó o no la citada omisión, y si ese hecho genera responsabilidad patrimonial, corresponde a un asunto de fondo que se desatará al entrar al análisis de la responsabilidad.

### **Funciones y objetivos de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá**

El Acuerdo Distrital No. 20 de 1990, mediante el cual se organizó el sistema distrital de salud en Bogotá, señala:

"Artículo 2º.- Asignar a la "Secretaría Distrital de Salud", como organismo único de dirección del Sistema Distrital de Salud, para efectuar la coordinación, integración, asesoría, vigilancia y control de los aspectos técnicos, científicos, administrativos y financieros de la salud logrando la integración del Servicio Seccional de Salud y la Secretaría de Salud, en la nueva Secretaría Distrital de Salud.

Artículo 3º.- Son funciones de la Secretaría Distrital de Salud:

- a. Identificar el estado de salud- enfermedad y establecer los factores determinantes, que sustentan la elaboración del Plan Distrital de Salud, efectuando su seguimiento y evaluación con la participación comunitaria, como lo establece la Ley 10 de 1990.
- b. Adoptar y aplicar las normas y programas señalados por el Ministerio de Salud para organizar los regímenes y en especial el de referencia y contra referencia de pacientes, con el fin de articular los diferentes niveles de atención.
- c. Proponer los planes, programas y proyectos que deben incluirse en los planes y programas seccionales.
- d. Adoptar y adaptar las normas técnicas dictadas por el Ministerio de Salud para la construcción de obras civiles, dotaciones básicas y mantenimiento integral de las diferentes instituciones de salud.
- e. Organizar mecanismos administrativos para los servicios de salud, teniendo en cuenta la descentralización administrativa prevista en el presente Acuerdo.
- f. Promover la integración funcional de servicios de salud estimulando la articulación de los sectores salud, educación, de bienestar y seguridad social, de las Cajas de Compensación Familiar, del sector privado y de agencias nacionales e internacionales.
- g. Coordinar y supervisar la prestación de servicios de salud en el Distrito Especial de Bogotá.
- h. Participar en coordinación con las entidades educativas, en la definición de los campos y tiempos de práctica que deben preverse en los planes de formación de recurso humano para garantizar los servicios que se presten.
- i. Formular y ejecutar los planes del sector salud de Bogotá, en armonía con las políticas, planes y programas de la Nación.

j. Ejecutar y adecuar las políticas y normas científico - técnicas y técnico - administrativas trazadas por el Ministerio de Salud.

k. Desarrollar planes de formación, adiestramiento y capacitación del personal del sector salud, en coordinación con las entidades especializadas del mismo sector o con las del sector educativo, poniendo especial énfasis en la integración docente asistencial. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 25 de la Ley 10 de 1990.

l. Aplicar conjuntamente con entidades de seguridad social, planes para promover y vigilar la afiliación de patronos y trabajadores de dichas entidades. Además velar por el cumplimiento de las normas sobre seguridad integral y salud ocupacional.

ll. Desarrollar labores de inspección, vigilancia y control de calidad en las instituciones que prestan servicios de salud, así como de las profesiones de ciencias de la salud.

m. Dar cumplimiento a la participación comunitaria en los términos señalados por la Ley 10 de 1990 y las disposiciones que la reglamenten.

n. Programar la distribución de los recursos recaudados por el Fondo Financiero Distrital de Salud, teniendo en cuenta la cobertura, por cantidad, calidad y costo de los servicios efectivamente prestados y actividades realizadas según la eficiencia de cada institución hospitalaria.

ñ. Prestar asistencia técnica, administrativa y financiera a todos los organismos de atención en salud, que den servicios de salud en el Distrito Especial de Bogotá.

o. Captar a través del Fondo Financiero Distrital de Salud los recursos por derecho a la expedición de permisos, licencias, registros y certificaciones.

p. Adaptar y aplicar las tarifas para la prestación de servicios médico - asistenciales establecidas por la Junta Nacional de Tarifas, Decreto 1759 del 2 de agosto de 1990, y las disposiciones que lo reglamenten.

q. Administrar el Fondo Financiero Distrital de Salud, teniendo en cuenta el régimen fiscal distrital, y tarifario definido en el artículo 48 de la Ley 10 de 1990, en coordinación con la Secretaría de Hacienda y Tesorería.

r. Hacer cumplir las normas de orden sanitario previstas en la Ley 9 de 1979 o Código Sanitario Nacional y su reglamentación.

s. Exigir a las entidades que presten servicios de salud como condición para toda transferencia de recursos económicos, la adopción de sistemas de contabilidad de costos de acuerdo con las normas que expida el Ministerio de Salud.

t. Las demás que le asignen las Leyes y los Decretos reglamentarios".

Por su parte, la Ley 715 de 2002, mediante la cual se organizaron los sectores educación y salud, señala:

Artículo 44. Competencias de los municipios. Corresponde a los municipios dirigir y coordinar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el ámbito de su jurisdicción, para lo cual cumplirán las siguientes funciones, sin perjuicio de las asignadas en otras disposiciones:

44.1. De dirección del sector en el ámbito municipal:

44.1.1. Formular, ejecutar y evaluar planes, programas y proyectos en salud, en armonía con las políticas y disposiciones del orden nacional y departamental.

44.1.2. Gestionar el recaudo, flujo y ejecución de los recursos con destinación específica para salud del municipio, y administrar los recursos del Fondo Local de Salud.

44.1.3. Gestionar y supervisar el acceso a la prestación de los servicios de salud para la población de su jurisdicción.

EXPEDIENTE No: 110013331034-2011-00272-00

REPARACION DIRECTA: SENTENCIA PRIMERA INSTANCIA

*44.1.4. Impulsar mecanismos para la adecuada participación social y el ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos en materia de salud y de seguridad social en salud.*

*44.1.5. Adoptar, administrar e implementar el sistema integral de información en salud, así como generar y reportar la información requerida por el Sistema.*

*44.1.6. Promover planes, programas, estrategias y proyectos en salud y seguridad social en salud para su inclusión en los planes y programas departamentales y nacionales.*

*44.2. De aseguramiento de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud*

*44.2.1. Financiar y cofinanciar la afiliación al Régimen Subsidiado de la población pobre y vulnerable y ejecutar eficientemente los recursos destinados a tal fin.*

*44.2.2. Identificar a la población pobre y vulnerable en su jurisdicción y seleccionar a los beneficiarios del Régimen Subsidiado, atendiendo las disposiciones que regulan la materia.*

*44.2.3. Celebrar contratos para el aseguramiento en el Régimen Subsidiado de la población pobre y vulnerable y realizar el seguimiento y control directamente o por medio de interventorías.*

*44.2.4. Promover en su jurisdicción la afiliación al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud de las personas con capacidad de pago y evitar la evasión y elusión de aportes.*

*44.3. De Salud Pública*

*44.3.1. Adoptar, implementar y adaptar las políticas y planes en salud pública de conformidad con las disposiciones del orden nacional y departamental, así como formular, ejecutar y evaluar el Plan de Atención Básica municipal.*

*44.3.2. Establecer la situación de salud en el municipio y propender por el mejoramiento de las condiciones determinantes de dicha situación. De igual forma, promoverá la coordinación, cooperación e integración funcional de los diferentes sectores para la formulación y ejecución de los planes, programas y proyectos en salud pública en su ámbito territorial".*

De la citada normatividad se evidencia que, dentro de las funciones y atribuciones de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C., no estaba la de prestar el servicio médico asistencial a los usuarios del sistema de seguridad social en salud. Su objeto y funciones se relacionaban directamente con la coordinación, integración, asesoría, vigilancia y control de los aspectos técnicos, científicos, administrativos y financieros de la salud en el Distrito Capital, pero nada tenían que ver con la prestación de ese servicio propiamente dicho.

La parte actora le atribuyó responsabilidad a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, por cuanto le debieron reportar los múltiples eventos adversos por parte de la IPS dentro de la exigencia mensual y trimestral del monitoreo de la calidad de la prestación de los servicios de salud, los que fueron varios respecto del paciente Alfonso Rodríguez Velandia, pero que la Secretaría omitió realizar la investigación respectiva.

De la normatividad que se acaba de reseñar, se tiene que, la citada Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. tenía y tiene a su cargo en forma genérica funciones de inspección, vigilancia y control de los actores del sistema general de seguridad social en salud, funciones que se relacionan con las imputaciones realizadas al ente territorial, concretamente con las omisiones en la vigilancia y control de la Fundación Salud Bosque, donde fue atendido el paciente Alfonso Rodríguez Velandia.



EXPEDIENTE No: 110013331034-2011-00272-00

REPARACION DIRECTA: SENTENCIA PRIMERA INSTANCIA

En ese sentido, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. se encuentra legitimada en la causa por pasiva, en la medida que se le endilgó la omisión de una función que legalmente se encontraba a su cargo, por lo que la circunstancia de si se presentó o no la citada omisión, y si ese hecho genera responsabilidad patrimonial, corresponde a un asunto de fondo que se desatará al entrar al análisis de la responsabilidad.

Así las cosas, el Juzgado declarará no probadas e imprósperas las excepciones de falta de legitimación en la causa por pasiva formulada por las demandadas Nación –Ministerio de la Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud y Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

En lo atinente a la responsabilidad o no de las mismas en las omisiones que se les atribuye a cada una, se dilucidará lo correspondiente cuando se entre a desatar el fondo de la controversia.

#### 2.4. Caducidad

Al tenor de lo normado en el numeral octavo del artículo 136 del C.C.A. modificado por la Ley 446 de 1998 artículo 4<sup>a</sup>, la acción que nos ocupa caduca al vencimiento del plazo de dos años contados a partir del día siguiente del acaecimiento del hecho, omisión u operación administrativa.

En el presente caso, el hecho dañoso se ha hecho consistir en la muerte del señor Alfonso Rodríguez Velandia, ocurrida el 9 de febrero de 2010, en momentos en que recibía atención médica.

Según el registro civil de defunción obrante a folio 8 del cuaderno de pruebas, el referido deceso tuvo lugar el 9 de febrero de 2010, por lo que en principio, el término de caducidad habría vencido el día **10 de febrero de 2012**.

Debe precisarse que la demanda se presentó ante el Tribunal Administrativo de Cundinamarca el **3 de agosto de 2011**, como consta a folio 83 C1; fecha que ha de tenerse en cuenta para todos los efectos legales, incluido para contabilizar el término de caducidad, tal y como lo señala el inciso 4° del artículo 143 del C.C.A. En ese sentido, resulta patente que no operó el fenómeno de la caducidad.

Además, debe tenerse presente que se cumplió con el requisito de procedibilidad para acudir ante la jurisdicción, (Ley 640 de 2001, en concordancia con el artículo 42 A de la Ley 270 de 1996, adicionado por el artículo 13 de la Ley 1285 de 2009).<sup>2</sup> El término para incoar la demanda se suspendió desde el momento en que se presentó la conciliación prejudicial hasta que se agotó la misma (14 de marzo al 25 de abril de 2011- fls. 250 a 252 cuaderno de pruebas-), como lo establece el artículo 21 de la Ley 640 de 2001<sup>3</sup>.

---

<sup>2</sup>Adicionado por el art. 13. Ley 1285 de 2009, así: Conciliación judicial y extrajudicial en materia contencioso-administrativa. A partir de la vigencia de esta ley, cuando los asuntos sean conciliables, siempre constituirá requisito de procedibilidad de las acciones previstas en los artículos 85, 86 y 87 del Código Contencioso Administrativo o en las normas que lo sustituyan, el adelantamiento del trámite de la conciliación extrajudicial."

<sup>3</sup>Suspensión de la prescripción o de la caducidad. La presentación de la solicitud de conciliación extrajudicial en derecho ante el conciliador suspende el término de prescripción o de caducidad, según el caso, hasta que se logre el acuerdo conciliatorio o hasta que el acta de conciliación se haya registrado en los casos en que éste trámite sea exigido por la ley o hasta que se expidan las constancias a que se refiere el artículo 2 de la presente

EXPEDIENTE No: 110013331034-2011-00272-00  
REPARACION DIRECTA: SENTENCIA PRIMERA INSTANCIA

## 2.5.- Del problema jurídico

Se concreta en dilucidar si en el presente caso concreto, la **Nación –Ministerio de la Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud, el Distrito Capital de Bogotá-Secretaría de Salud Distrital, la EPS Sanitas S.A. y la Fundación Salud Bosque**, deben responder patrimonialmente por los perjuicios que reclama la parte actora, cuyo origen deviene de la presunta inadecuada prestación del servicio médico asistencial al señor Alfonso Rodríguez Velandia, lo que, a juicio de la parte actora, desencadenó en su muerte.

Además, si se configura responsabilidad patrimonial de las entidades encargadas de la supervisión, vigilancia y control de la prestación del servicio de salud, por omitir dichos controles frente a la EPS e IPS.

Para resolver el problema jurídico referenciado, se hace necesario atender los lineamientos jurisprudenciales respecto del tema en cuestión, de conformidad con los elementos probatorios recaudados en este proceso.

## 2.5. Presupuestos de la responsabilidad del Estado

Conforme lo ha enseñado el Consejo de Estado<sup>4</sup>, de acuerdo a lo prescrito en el artículo 90 de la Constitución, cláusula general de la responsabilidad extracontractual del Estado, este concepto tiene como fundamento la determinación de un daño antijurídico causado a un administrado y la imputación del mismo a la administración pública tanto por la acción, como por la omisión, bien sea bajo los criterios de falla en el servicio, daño especial, riesgo excepcional u otro.

En efecto, para que proceda la responsabilidad del Estado, deben concurrir los elementos demostrativos de la existencia de **i)** un daño o lesión de naturaleza patrimonial o extra patrimonial, cierto y determinado –o determinable-; **ii)** una conducta activa u omisiva, jurídicamente imputable a la administración; y **iii)** una relación o nexo de causalidad entre ambas, es decir, que el daño se produzca como consecuencia directa de la acción u omisión de la autoridad pública de que se trate.

La responsabilidad extracontractual del Estado, entonces, se puede configurar una vez se demuestre el daño antijurídico y la imputación, tanto desde el ámbito fáctico, como desde el punto de vista jurídico, aspectos que serán tenidos en cuenta por el Despacho para resolver el presente caso concreto. La antijuridicidad del daño es el primer elemento de la responsabilidad, respecto a la que, una vez verificada su existencia, se debe determinar si es imputable o no a la entidad demandada. Así que una vez constatado el daño como violación a un interés legítimo y determinada su antijuridicidad, se analiza la posibilidad de imputación a la entidad demandada.

---

ley o hasta que se venza el término de tres (3) meses a que se refiere el artículo anterior, lo que ocurra primero. Esta suspensión operará por una sola vez y será improrrogable”.

<sup>4</sup> Ver, entre otras, sentencia proferida el 16 de mayo de 2016, por la Subsección “C” de la Sección Tercera del Consejo de Estado, al interior del proceso 2003-01360 (31327) C. P. Jaime Orlando Santofimio Gamboa.

### 2.5.1. El daño antijurídico

El máximo Tribunal de lo Contencioso Administrativo<sup>5</sup> ha señalado que el daño antijurídico, comprendido desde la dogmática jurídica de la responsabilidad civil extracontractual y del Estado *"impone considerar aquello que derivado de la actividad o de la inactividad de la administración pública no sea soportable i) bien porque es contrario a la Carta Política o a una norma legal, o ii) porque sea 'irrazonable', en clave de los derechos e intereses constitucionalmente reconocidos"*.

En cuanto al daño antijurídico, el precedente jurisprudencial establecido por la Corte Constitucional señala que la *"(...) antijuridicidad del perjuicio no depende de la licitud o ilicitud de la conducta desplegada por la Administración sino de la no soportabilidad del daño por parte de la víctima"*<sup>6</sup>. Dicho daño, además, tiene como características que debe ser *i) cierto, ii) presente o futuro, iii) determinado o determinable, iv) anormal* y que se trate de una *v) situación jurídicamente protegida*.

Profundizando en el plano conceptual, de la misma jurisprudencia se toma:

*"(...) la Corte no puede perder de vista que la responsabilidad patrimonial del Estado funda sus bases en el concepto de daño antijurídico. Este, que no halla definición en la Constitución Política y fue adoptado de la legislación foránea y delimitado por la doctrina constitucional, ha sido entendido como aquel perjuicio ocasionado por la actividad lícita o ilícita del Estado que afecta patrimonial o extrapatrimonialmente a una persona que no está en la obligación jurídica de soportarlo."* Negrillas del despacho.

Y citando jurisprudencia del Consejo de Estado<sup>7</sup>, precisó:

*"Esta concepción de daño antijurídico ha sido admitida por la jurisprudencia del Consejo de Estado en nuestro país. Así, en múltiples oportunidades este tribunal ha definido el daño antijurídico como **"la lesión de un interés legítimo, patrimonial o extrapatrimonial, que la víctima no está en la obligación de soportar"**, por lo cual "se ha desplazado la antijuridicidad de la causa del daño al daño mismo"*. Negrillas del despacho.

En resumen, es de suma importancia para calificar si existe o no la responsabilidad del Estado que se corrobore, como primer paso, si existe un daño y, seguidamente, si el mismo se puede valorar como antijurídico conforme a la definición jurisprudencial que se ha dado de éste.

Para agotar el primer requisito de responsabilidad por falla del servicio, el Despacho encuentra que en el caso concreto examinado el escrito de demanda, el demandante ha hecho consistir el mismo en la presunta falla en la atención médica brindada al paciente Alfonso Rodríguez Velandia, que se dice, desencadenó en su muerte.

De lo reseñado, se concluye en principio que, las afectaciones que se reclaman en el caso

<sup>5</sup> *Ibidem*.

<sup>6</sup> Corte Constitucional, sentencia C-254 de 2003.

<sup>7</sup> La referida sentencia de la Corte Constitucional incluye fragmentos de pronunciamientos del Consejo de Estado. Sentencia del 13 de julio de 1993. Loc-cit.

EXPEDIENTE No: 110013331034-2011-00272-00

REPARACION DIRECTA: SENTENCIA PRIMERA INSTANCIA

objeto de estudio se refieren a la inadecuada prestación del servicio de salud dispensado al citado paciente, situación que, en sentir de la parte actora, le causó la muerte.

En el caso objeto de estudio, se observa que, el señor Alfonso Rodríguez Velandia fue atendido por la Clínica Universitaria El Bosque, donde falleció el 9 de febrero de 2010.

A folio 8 del cuaderno de pruebas obra registro civil de defunción correspondiente a Alfonso Rodríguez Velandia, en el que consta que el citado falleció el 9 de febrero de 2010.

Acreditado el daño, se procede a dilucidar si el mismo les resulta atribuible a las entidades demandadas.

## 2.5.2. Fundamento de la imputación de la responsabilidad del Estado

Sobre el particular ha dicho el Consejo de Estado:

*"En cuanto a la imputación exige analizar dos esferas: a) el ámbito fáctico, y; b) la imputación jurídica (nota al pie: 'La imputación depende, pues, tanto de elementos subjetivos como objetivos'. SÁNCHEZ MORÓN, Miguel. Derecho administrativo. Parte general., ob., cit., p. 927), en la que se debe determinar **la atribución conforme a un deber jurídico** (que opera conforme a los distintos títulos de imputación consolidados en el precedente de la Sala: falla o falta en la prestación del servicio –simple, presunta y probada-; daño especial –desequilibrio de las cargas públicas, daño anormal-; riesgo excepcional). Adicionalmente, resulta relevante tener en cuenta los aspectos de la teoría de la imputación objetiva de la responsabilidad patrimonial del Estado. Precisamente, en el precedente jurisprudencial constitucional se sostiene,*

*'La superioridad jerárquica de las normas constitucionales impide al legislador diseñar un sistema de responsabilidad subjetiva para el resarcimiento de los daños antijurídicos que son producto de tales relaciones sustanciales o materiales que se dan entre los entes públicos y los administrados. La responsabilidad objetiva en el terreno de esas relaciones sustanciales es un imperativo constitucional, no sólo por la norma expresa que así lo define, sino también porque los principios y valores que fundamentan la construcción del Estado según la cláusula social así lo exigen' (Nota al pie: Corte Constitucional, sentencia C-043 de 2004).*

*Sin duda, en la actualidad todo régimen de responsabilidad patrimonial del Estado exige la afirmación del **principio de imputabilidad**, según el cual, **la indemnización del daño antijurídico cabe achacarla al Estado cuando haya el sustento fáctico y la atribución jurídica**. Debe quedar claro, que el derecho no puede apartarse de las 'estructuras reales si quiere tener alguna eficacia sobre las mismas'.*

*(...) En concreto, **la atribución jurídica debe exigir que sea en un solo título de imputación, la falla en el servicio, en el que deba encuadrarse la responsabilidad extracontractual del Estado**, sustentada en la vulneración de deberes normativos, que en muchas ocasiones no se reducen al ámbito negativo, sino que se expresan como deberes positivos en los que la procura o tutela eficaz de los derechos, bienes e intereses jurídicos es lo esencial para que se cumpla con la*

**De la responsabilidad endilgada a la Fundación Salud Bosque (Clínica Universitaria El Bosque)**

De la lectura de la demanda, se encuentra que la falla atribuida en general a la entidad hospitalaria demandada, se relaciona con la presunta inadecuada prestación del servicio médico asistencial al señor Alfonso Rodríguez Velandia, lo que, a juicio de la parte actora, desencadenó en su muerte.

En concreto señaló que, el señor Alfonso Rodríguez Velandia (q.e.p.d.), ingresó a la Fundación Salud Bosque "Clínica Universitaria El Bosque", agobiado por un dolor en el muslo izquierdo con cinco días de evolución, quien manifestó tener antecedentes de una enfermedad varicosa de miembros inferiores, se le ordenó entre otros warfarina y se le dio salida.

Que el 2 de febrero de 2010, el paciente acudió a consulta nuevamente al mismo centro hospitalario, con dolor abdominal agudo, por deposiciones con abundante presencia de sangre fresca, con múltiples equimosis (morados) y el INR elevado a 16.71, lo que indicaba claramente que el paciente estaba sobreanticoagulado y que sangraba internamente, como consecuencia, de una dosis elevada de warfarina.

- Que ninguno de los médicos tratantes en la primera hospitalización del 7 al 16 de enero de 2010 le dio importancia al antecedente de tener cáncer de próstata y estar recibiendo tratamiento con antiandrógenos y tener várices, antecedentes que favorecía el tromboembolismo, por lo que debió ser tratado con un anticoagulante seguro. A juicio de la actora, los médicos omitieron los deberes de diligencia y cuidado, pues sin medir los riesgos, le iniciaron un peligroso tratamiento con warfarina.

Tales acciones y omisiones serán estudiadas, bajo la presunta omisión en la prestación del servicio de salud por parte de la entidad demandada.

Al respecto, la Sección Tercera del Consejo de Estado ha consolidado una posición en materia de responsabilidad estatal por la prestación del servicio de salud, en virtud de la cual, aquella es de naturaleza subjetiva, advirtiendo que es la "**falla probada del servicio**", el título de imputación bajo el que es posible configurar la responsabilidad estatal por la actividad médica hospitalaria, de suerte que se exige acreditar por parte del demandante la falla propiamente dicha, el daño antijurídico y el nexo de causalidad entre aquella y éste.<sup>9</sup>

Régimen que también es aplicable a la clínica particular demandada de conformidad con el fuero de atracción, en virtud del cual se demandó a la citada ante ésta jurisdicción junto con las entidades públicas que conforman el extremo pasivo.

<sup>8</sup> Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera, Subsección "C". Sentencia proferida el 9 de mayo de 2012, al interior del proceso 1997-03572 (22366) C. P. Jaime Orlando Santofimio Gamboa.

<sup>9</sup> Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Sentencia del 28 de febrero de 2013. Expediente Número 66001-23-31-000-2001-00063-01 (25075). C. P. Danilo Rojas Betancourt.

EXPEDIENTE No: 110013331034-2011-00272-00

REPARACION DIRECTA: SENTENCIA PRIMERA INSTANCIA

Por tanto, en esta materia, para que pueda predicarse la existencia de una falla, el H. Consejo de Estado ha precisado que es necesario que se demuestre que la **“atención médica”** no cumplió con estándares de calidad fijados por el Estado del arte de la ciencia médica, vigente en el momento de la ocurrencia del hecho dañoso. Del mismo modo, deberá probarse que el servicio médico no ha sido cubierto en forma diligente; esto es, que no se prestó el servicio con el empleo de todos y cada uno de los medios humanos, científicos, farmacéuticos y técnicos que se tengan al alcance.

De esta manera, debe establecerse que si en el caso concreto, concurren el daño antijurídico, la imputabilidad del mismo al Estado (en el caso particular, imputable a la entidad particular demandada) y una relación de causa a efecto entre los dos primeros, tal y como se desprende de la cláusula de responsabilidad patrimonial del Estado (artículo 90 Constitución Política de Colombia).

Igualmente, en el estudio que se hace del daño, en el presente asunto, ha de tenerse en cuenta que el mismo debe ser directo (relación entre el autor y la producción del daño), personal (calidad del perjudicado con el hecho y, por tanto, quien tiene derecho a reclamar) y cierto (el daño produjo o producirá una disminución o lesión material o inmaterial en el patrimonio de quien lo sufre).

Una vez revisada la historia clínica se advierte que al señor Alfonso Rodríguez Velandia, se le prestó atención médica por cuenta de la Clínica Universitaria El Bosque, como se verá a continuación:

El señor Alfonso Rodríguez Velandia, acudió a urgencias de la Clínica Universitaria El Bosque el 7 de enero de 2010, extractándose de la historia clínica, lo siguiente (fls. 21 a 246 cuaderno de pruebas):

*“(…) **Fecha: /2010/01/07***

*Motivo de consulta: Remitido de su EPS por flebitis y tromboflebitis mi izq*

*Impresión diagnóstica*

*TV MIIZ*

*Historia de ingreso:*

*Motivo de la consulta: Me duele la pierna izquierda*

*Enfermedad actual:*

*Paciente refiere cuadro de 4 días de dolor en muslo izquierdo, predominio región inguinal, refiere dolor limita la deambulaci3n, niega disnea, niega sntomas asociados, paciente remitido de EPS para estudio de embolia.*

*Revisi3n por sistemas:*

*Cardiovascular: Dolor en 1rea de v1rices en MIIZ*

*Osteomuscular: Normal*

*Respiratorio: Normal*

*ANTECEDENTES:*

*(…)*

*Patol3gicos. Enfermedad varicosa miembros inferiores*

*Quir3rgicos: prostactectomía, colecistectomía y hernia inguinal izquierda*

*Medicamentos que consume: SOMESE*

*(…)*

*Examen ffsico por regiones:*

*(…)*

*Miembro inferior der: Dilataciones varicosas grado I ligero edema*

*Miembro inferior izq: Dolor a la palpación en región inguinal y parte interno del muslo, dilataciones varicosas grado I ligero edema*

**PLAN:**

*En el momento con cifras tensionales elevadas con dolor en MII y dilataciones varicosas, enviado de EPS para estudios por alto riesgo de trombosis, se decide tomar CH, PT, PTT, INR, doppler venoso MIIIS, se administra captopril 50 mg sublingual*

*(...)*

**Análisis de resultados**

*CH no leucocitosis no neutrofilia no anemia, PT normal, INR normal, doppler venoso: trombosis subaguda tercio distal de vena tibial posterior y de venas minúsculas de gastrocinemio medial*

*Paciente en el momento con cifras tensionales elevadas y TVP se decide valoración por medicina interna*

*(...)*

**VALORACION POR MEDICINA INTERNA**

*Subjetivo: Paciente de cuadro clínico de 5 días de evolución consistente en dolor en cara anterior muslo izquierdo, intermitente, que se incrementa con la marcha y sede con la analgesia. Paciente refiere claudicación intermitente y edema de miembros inferiores de predominio vespertino. Con antecedente de enfermedad varicosa de miembros inferiores hace 20 años, sin antecedente de anticoagulación.*

*Objetivo: Paciente en buenas condiciones generales(...) Abdomen blanco depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal. Extremidades simétricas con edema grado II con fovea, várices grado bilaterales, sin signos de trombosis venosa profunda. Neurología: paciente consciente. fueron reportados los múltiples eventos adversos por parte de la IPS dentro de la exigencia mensual y trimestral del monitoreo de la calidad de la prestación de los servicios, y que fueron muchos los eventos de esa clase sucedidos respecto del paciente Alfonso Rodríguez Velandia, se omitió realizar la investigación respectiva, alerta, orientado, sin déficit sensitivo ni motor aparente.*

**ANALISIS**

*Paciente con antecedente de enfermedad varicosa de larga data quien presenta cuadro de trombosis subaguda de miembro inferior izquierdo, con claudicación intermitente y edemas. Se decide hospitalizar para iniciar manejo anticoagulante y observación. Con trombosis aguda de miembro inferior izquierdo.*

**NOMBRE DIAGNOSTICO**

**EMBOLIA Y TROMBOSIS DE OTRAS VENAS ESPECIFICADAS(...)**

*Se dio salida 16 de enero de 2010.*

*Se le ordenó entre otros warfarina 5 mg día.*

**Fecha: 2010/02/03**

**Motivo de consulta: DOLOR ABDOMINAL**

**Enfermedad Actual:**

*Paciente consulta por cuadro clínico de un día de evolución consistente en dolor abdominal generalizado asociado a distensión abdominal, emesis en una oportunidad deposiciones con sangre fresca, se encuentra anticoagulado por TPV hace 15 días. Está tomando warfarina 5 mg día, INR elevado por lo que suspendieron dosis hace 2 días, ayer media tableta únicamente.*

*Ambulancia encuentra paciente normotenso pero con SO2 del 75% al 21%. No antecedentes de neumopatía. Se pasa paciente a reanimación, se monitoriza*

EXPEDIENTE No: 110013331034-2011-00272-00

REPARACION DIRECTA: SENTENCIA PRIMERA INSTANCIA

TA 120/70, FC 92, FR 26, se observan equimosis y petequias generalizadas RSRS con sibilancias en base pulmonares, abdomen distendido con dolor a la palpación de predominio en fosa iliaca derecha sin signos de irritación peritoneal, RSIS disminuidos en frecuencia(...)

MEDICAMENTOS QUE CONSUME: SOMESE WARFARINA 5MG DÍA (...)

#### DIAGNOSTICO Y PLAN

Nombre diagnóstico:

EFFECTOS ADVERSOS DE ANTICOAGULANTES

HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL-NO ESPECIFICADA

OTRAS OBSTRUCCIONES DEL INTESTINO

**Fecha: 2010/02/05**

Cirugía: Hora de inicio 4:45 Hora Final: 5:45

(...)

#### DIAGNOSTICOS POST OPERATORIOS

1.- Otras obstrucciones del intestino

2.- Trastorno hemorrágico debido a anticoagulantes circulantes

#### CÓDIGO NOMBRE DE LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

1.- Liberación de adherencias o bridas en intestino por laparatomía

2.- Laparatomía para hemostasia y evaluación de hemoperitoneo

#### HALLAZGOS

Evidencia de hemoperitoneo de aproximadamente 1000 cc secundario a sobreanticoagulación, gran síndrome adherencial que compromete íleon terminal 20 cm de la válvula ileocecal con múltiples segmentos de hipoperfusión y engrosamiento antimesentérico de aprox. 100 cc, en íntimo contacto con epiploon mayor y cara ventral del hígado sobre el lecho hepático, colon sin alteraciones. Se deja paciente en laparostomía para revisión en 48 horas (Second look).

#### DESCRIPCION QUIRURGICA

Paciente bajo anestesia general, decúbito supino, asepsia antisepsia, campos operatorios, incisión en piel línea media abdominal supra e infraumbilical, disección por planos, se llega hasta cavidad abdominal, se evidencian hallazgos descritos, se procede a drenar hemoperitoneo al que se le toma muestra para gran cultivo y antibiograma. Liberación de adherencias de asas intestinales descritas (íleon terminal) con zonas de hipoperfusión descritas. Recuperan parcialmente con la misma liberación y medios físicos, Lavado de cavidad hemostasia adecuada. Se decide dejar en laparostomía y revisión en 48 horas. Se coloca bolsa en cavidad y se cierra piel con prolene 2-0. No complicaciones. Recuento completo de compresas y material. Se habla con la familia explicando claramente los hallazgos intraoperatorios y el plan de manejo quirúrgico en 48 horas. Refieren entender y estar de acuerdo con la conducta quirúrgica tomada, con sus posibles riesgos y complicaciones: sangrado, infección, sepsis, reintervención, fístula, recesión intestinal, muerte.

**Fecha: 2010/02/07**

Cirugía hora de inicio: 8.50 Hora final: 10:00

#### NOMBRE CODIGO DEL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

1.- Lavado peritoneal post quirúrgico por laparatomía

#### HALLAZGOS QUIRURGICOS

Hemoperitoneo residual de aprox. 200 cc en región subdiafragmática izquierda, se observa adecuada recuperación de hipofusión de intestino delgado (íleon) aprox. De 100 cc a partir de la válvula ileocecal, pero con persistencia de zonas

EXPEDIENTE No: 110013331034-2011-00272-00

REPARACION DIRECTA: SENTENCIA PRIMERA INSTANCIA

*inflamatorias a nivel de serosa antimesentérica, meso sin alteración, resto de cavidad abdominal dentro de límites normales.*

## DESCRIPCION QUIRURGICA

*Anestesia general (...) se llega a cavidad y de evidencias hallazgos descritos, toma muestra de líquido peritoneal para gran cultivo y antibiograma (...) avance de sonda nasoyeyunal, se retira por completo líquido de cavidad abdominal (...) cierre de pared abdominal con vicryl 1. Lavado de tej. celular subcutáneo con 1000 cc de ssn 0.9%. Cierre de piel con prolene 2-0 (...)*

**Fecha: 2010/02/09 Hora 18:50**

(...)

*Paciente refiere dolor de cabeza, opresión, se observa diaforético, polipneico, se realiza control de signos vitales, hipotenso, se informa a la Jefe Sonia, se pide llamado con cirugía general, pendiente valoración*

(...)

**Hora 20:00**

*Realizo control y registro de signos vitales en presencia de los dos hijos y de la esposa encontrando al paciente con tensión arterial de 97/49, frecuencia cardíaca de 110 por minuto, frecuencia respiratoria de 22 por minuto, temperatura 37,7 grados centígrados*

(...)

**Hora: 20:30**

*Se atiende llamado de timbre de enfermería, para verificar porqué estaba sonando la alarma de infusor de la nutrición parenteral, paciente se encuentra en compañía de sus familiares. Se decide apagar infusor ya que tenía orden de terminar nutrición y suspender, paciente alerta, consciente, dinámico*

**Hora: 21:00**

*Se pasa revista de enfermería, para cambio de líquidos endovenosos, se observa al paciente dormido al parecer, se hace llamado verbal y no responde al llamado, se mueve al paciente para obtener respuesta, pero el paciente está adinámico, pupilas midriáticas, se palpan signos vitales leves. Se informa a la auxiliar asignada del paciente, al Jefe Hans, se llama a urgencias, a admisiones para informar el código azul, no contestan, se llama a la unidad de cuidado intensivo, se avisa el código azul, voy a urgencias adultos a buscar a cirugía, puesto que telefónicamente no es posible la comunicación*

*Firmado. Isabel Estupiñán-Auxiliares de Enfermería Reg. 51748592*

**Hora: 21:20**

*Llega médica de la UCI adulto, quien valora a paciente, paciente monitorizado con desfibrilador y daimana no registra signos vitales, médica determina que el paciente fallece a las 21:20*

*Firmado. Hans Parra. Enfermera Jefe Reg. 79980002*

**Paciente es valorado por médica de la unidad de cuidado intensivo quien dictamina que el paciente fallece a las 21:20 horas, se cierra LEV, se llama a cirugía general nuevamente".**

Dentro del plenario se recaudaron entre otros, los testimonios de los médicos y enfermeros Diego Alberto Ruíz Amaya, Isabel Estupiñán Sandoval, Hans Parra Corredor, Ricardo Adolfo Villarreal Viena, Silvana Arinda Álvarez Cumplido, Yubeth Indira Amézquita Chala y Angélica Patricia Sánchez Ballesteros, quienes depusieron acerca de la atención brindada al paciente Alfonso Rodríguez Velandia, en la entidad hospitalaria demandada. (fls. 252 a 254, 287, 288, 319, 320, 344 a 347, 382, 385, 406 a 409, 448 y 449 Con. 2).

EXPEDIENTE No: 110013331034-2011-00272-00

REPARACION DIRECTA: SENTENCIA PRIMERA INSTANCIA

Del testimonio del doctor **Diego Alberto Ruíz Amaya**, quien es médico y para la época de los hechos se especializaba en cirugía, se destaca lo siguiente (se transcribe de forma literal incluso con los posibles errores):

*"(...) el día 09 de febrero yo actuaba como residente de cirugía general y pertenecía el servicio de cirugía general de la clínica el bosque valoramos el paciente junto con el médico tratante en la mañana del 09 de febrero viendo la evolución del mismo paciente después de haberle realizado dos intervenciones quirúrgicas días anteriores, el paciente lo vemos en la unidad de cuidados intensivos presentando una adecuada evolución posoperatoria motivo por el cual continuamos el manejo médico instaurado por parte de la unidad de cuidados intensivos el paciente le dan de alta en la unidad de cuidados intensivos en las horas de la tarde y llega a la habitación me llaman del servicio de enfermería cuando llega el paciente a la habitación y yo veo al paciente aproximadamente a eso de las 07:00 pm habiendo salido relativamente poco tiempo de la unidad de cuidados intensivos, yo valoro al paciente el paciente me refiere que presenta leve dolor abdominal alrededor de la herida quirúrgica cuando lo examino la enfermera le acababa de tomar signos vitales yo encuentro que presentaba una tensión de 95/50, le tomo la frecuencia cardíaca y está en 88, lo ausculto a nivel cardiopulmonar sin encontrar alteración en los ruidos respiratorios ni cardíacos, a nivel abdominal veo la herida que se encuentra en buen estado sin signos de infección le palpo el abdomen y hay un breve dolor alrededor de la herida quirúrgica que para ese momento era normal por su estado posoperatorio no le encuentro signos de irritación peritoneal los ruidos intestinales estaban presentes con un abdomen blando a la palpación generalizada, le explico al señor Rodríguez el estado en que se encuentra y ahí estaban presentes los familiares y escuchan lo que yo le dije al señor Rodríguez en ese momento que lo valore. Salgo de la habitación y me pongo hacer la nota respectiva de cuando vi al señor Rodríguez. Después recibo más o menos las 21:30 hrs un llamado del servicio de enfermería solicitando mi visita a la habitación puesto que el paciente se encontraba en lo que se denomina código azul, cuando llego a la habitación encuentro a un paciente sin familiares en compañía de la terapeuta respiratoria y del servicio de enfermería en cabeza del jefe de enfermería de turno del servicio del piso, los encuentro los veo a ellos realizando maniobras de reanimación cardio pulmonar les pregunto yo que desde hace cuánto están haciendo estas maniobras y me dicen que llevan más de 20 minutos realizando estas maniobras corroboramos que los signos vitales del señor Rodríguez para lo cual no encuentro cifras de tensión arterial, no encuentro pulso, le ausculto a nivel cardio pulmonar sin encontrar ruidos cardíacos ni ruidos respiratorios el señor ya se encontraba frío, pálido con las pupilas midriáticas por lo cual el paciente fallece. Salgo de la habitación y coloco la nota de lo que vi en la historia clínica (...) PREGUNTADO: informe al despacho que clase de contrato tenía usted suscrito con la Fundación Salud Bosque para el día 09 de febrero del 2010. CONTESTO: yo no tenía contrato con la Fundación Salud Bosque en ese momento me encontraba como residente del servicio de Cirugía general de la universidad el Bosque. PREGUNTADO: informe al despacho si usted era médico especializado para el día 09 de febrero de 2010, y en caso afirmativo en que área estaba especializado. CONTESTO: para ese día yo no me encontraba especializado estaba estudiando para especializarme. PREGUNTADO: de acuerdo a su versión usted manifestó anteriormente haber valorado al paciente Alfonso Rodríguez Velandia, el día 09 de febrero aproximadamente a las 19:10Hrs. Informe al despacho si dicha valoración que usted realizo estuvo supervisada por un médico especialista presencial. CONTESTO: en ese momento no lo vi con un médico especialista. PREGUNTADO: informe al despacho si para el día 09 de febrero de 2010, a la hora de las 19:00hrs el paciente Alfonso Rodríguez Velandia, estaba siendo manejado con anticoagulantes. CONTESTO: que yo recuerde no estaba siendo manejado con anticoagulantes. PREGUNTADO: informe al despacho si*



usted sabe desde que fecha y hora se le suspendieron los anticoagulantes al paciente Alfonso Rodríguez Velandia, y quien dio la orden médica. CONTESTO: El paciente según lo que recuerdo ingreso el día tres de febrero a la institución por una sobre anticoagulación con warfarina motivo por el cual se le suspendió ese medicamento que era el anticoagulante no recuerdo el médico que lo suspendió pero sé que fue el servicio de medicina interna cuando lo vio en urgencias. PREGUNTADO: infórmele al despacho si usted como médico que es logro determinar la causa de la muerte del paciente o sabe o sospecha de que o por que murió. CONTESTO: La causa de la muerte no la sé yo creería que su posible causa de muerte fue un trombo embolismo pulmonar aunque también pudo haber sido un infarto del miocardio u otra patología, aunque lo más probable al contexto clínico es que haya sido un trombo embolismo pulmonar y eso solo se lograría saber solo con una autopsia. (...)PREGUNTADO: explique al despacho si usted como médico sabe porque deben estar los familiares acompañando al paciente todo el tiempo. CONTESTO: para que más en este caso un paciente que sale de cuidados intensivos y en un paciente adulto mayor hubiera sido importante y determinante el acompañamiento de un familiar no para todos los pacientes se requiere un acompañante en su habitación. (...)PREGUNTADO: Dr. Vio usted al paciente antes del día 09 de febrero de 2010. CONTESTO: sí, si lo había visto antes. PREGUNTADO: indíqueme al despacho si recuerda cuando fue la primera vez que vio al paciente y que diagnostico presentaba. CONTESTO: La primera vez que vi al paciente fue el día 03 de febrero en las horas de la tarde como 03:50 de la tarde, lo estaba manejando el servicio de medicina interna por una sobre anticoagulación con warfarina y nos solicitan el servicio de cirugía de la clínica el bosque una valoración por presentar el paciente dolor y distensión abdominal, cuando yo veo el paciente él me refiere que había presentado dolor abdominal de unos días antes acompañado de melenas y rectorragia, tenía antecedente de una hospitalización previa en la cual se diagnosticó trombosis venosa profunda de uno de los miembros inferiores para lo cual lo estaban manejando con warfarina, como antecedentes personales el paciente me refirió que le había realizado una prostactotomía, colecistectomía y una herniorrafia inguinal, cuando lo valoro lo encuentro deshidratado con adecuados signos vitales el abdomen estaba distendido con dolor abdominal a la palpación superficial sin signos de irritación peritoneal ruidos intestinales disminuidos. (El testigo solicita se le ponga de presente la historia clínica visible a folios 97 del c.7) ruidos intestinales disminuidos con circulación colateral para ese momento lo estaba manejando medicina interna y debido a su anticoagulación le habían colocado tres unidades de plasma fresco congelado para el manejo de la misma en ese momento medicina interna ya había solicitado tomografía abdominal para el estudio del motivo de la interconsulta y lo que se decidió como manejo como parte del servicio de cirugía fue continuar con el estudio del cuadro clínico en sospecha de un íleo adinámico y una obstrucción intestinal y además de presentar un diagnóstico de una hemorragia digestiva baja asociado a anticoagulación y una colitis isquémica eso se estaba interrogando como diagnostico por lo mismo se solicitó valoración por el servicio de gastroenterología, se solicitó pasar sonda nasogástrica y continuar el manejo que se le había dado de inicio por el servicio de medicina interna. (...) PREGUNTADO: indique por favor si estuvo usted presente en la cirugía y que hallazgos evidenciaron en el paciente. CONTESTO: la cirugía se realizó el día 05 de febrero en las horas de la tarde no recuerdo exactamente la hora al realizar la intervención yo estaba de ayudante o ayudando al Dr. Villarreal que era el médico tratante y el que estaba realizando el procedimiento quirúrgico, se le realizó una laparotomía exploratoria se encontraron múltiples adherencias del intestino delgado (el testigo solicita se le ponga de presente la historia clínica visible en el c.7) los hallazgos son visibles a folio 123 reverso. Lo que se realizo fue drenar el hemoperitoneo que se encontró como encontramos adherencias intestinales por su antecedente quirúrgico se liberaron esas adherencias se observó una

EXPEDIENTE No: 110013331034-2011-00272-00

REPARACION DIRECTA: SENTENCIA PRIMERA INSTANCIA

zona de hipo perfusión del intestino delgado por lo cual el cirujano decidió cerrar solo la piel para volver a revisar al paciente en 48Hrs de igual forma el cirujano explico a la familia los hallazgos intra-operatorios con las posible riesgos y complicaciones que puedan darse debido a eso. **PREUNTADO:** indique cual fue el diagnostico posoperatorio de este paciente si lo conoce. **CONTESTO:** fue una obstrucción intestinal o secundario a adherencias intra abdominales y un hemoperitoneo. **PREGUNTADO:** indíquele al despacho en qué consisten las adherencias intestinales que las puede causar e igualmente el hemoperitoneo. **CONTESTO:** las adherencias intestinales es cuando se pega el intestino de una manera que no es normal el intestino tiene que estar normalmente suelto y se encontraban los intestinos pegados unos con otros estos debido probablemente a su antecedente quirúrgico de colecistectomía el hemo peritoneo quiere decir que hay sangre en la cavidad peritoneal (es al que se encuentra dentro del abdomen). (...) **PREGUNTADO:** el apoderado de Fundación de Salud Bosque solicita poner de presente al testigo el folio 149 o 258 c.7, por favor informe al despacho de acuerdo al folio mostrado a usted en que consiste lo señalado abajo del título opinión y explique. **CONTESTO:** este que me están mostrando es un Doppler dúplex venoso de miembros inferiores y según la opinión que están dando acá no están viendo trombos y ven inflamación de los tejidos blando que se encuentran en las piernas según lo que dice el examen. **PREGUNTADO:** por favor indíquele al despacho de acuerdo a sus conocimientos médicos por qué motivo no se continuó la anticoagulación del paciente en los últimos días que estuvo en la clínica. **CONTESTO:** el paciente como ingresa por una sobre anticoagulación por warfarina no se le puede colocar medicamento para que anti coagule porque esta sobre anti coagulado y lo que va producir es persistencia del cuadro clínico actual de ese momento del paciente que para lo cual se evidencio en cirugía fue un hemoperitoneo, yo no soy quien realiza esos tratamientos eso lo hace el especialista en medicina interna, pero de igual forma hay evidencia científica que indica que es mayor el riesgo después de presentar sobre anticoagulación y después de una intervención quirúrgica en reiniciar la anticoagulación. El testigo aporta en 16 folios literatura médica. **PREGUNATDO:** indíquele por favor al despacho si conoce usted el medicamento somese y el medicamento zoladex y para que se utiliza. **CONTESTO:** somese es un medicamento que actúa como benzoazepina y que sirve como inductor del sueño el zoladex es un medicamento anti androgénico y se utiliza para pacientes con cáncer(...)."

De la versión de **Isabel Estupiñan Sandoval**, quien es auxiliar de enfermería, se destaca (Se transcribe de forma literal, incluso con posibles errores):

"(...) **CONTESTO:** si, el paciente presentó una historia clínica con una trombosis venosa en miembros inferiores, se le hizo tratamiento médico, de medicina interna, después acudió nuevamente a urgencias, donde fue tratado por un tratamiento médico que hizo una anticoagulación y fue a la unidad quirúrgica, y fue tratado quirúrgicamente. Después fue a la unidad de cuidado intensivo, paso a piso y ahí fue donde nosotros estuvimos con el paciente. (...) **PREGUNTADO:** Informe al Despacho si usted se encontraba de turno el día 09 de febrero de 2010, en la fundación clínica el bosque, en caso afirmativo de que hora a qué hora. **CONTESTO:** de las 19 horas hasta las 7:30 a.m. **PREGUNTADO:** Informe al Despacho si dentro de su turno usted valoro o tomo signos vitales al paciente, en caso afirmativo a qué hora lo hizo y como lo encontró. **CONTESTO:** No tome ningunos signos vitales, sobre las 21 horas entre a la habitación del paciente lo salude y el paciente no respondió, estaba pálido, dinámicamente no respondió, inmediatamente avise al jefe de turno de piso y al auxiliar que estaba encargada del paciente, y el paciente no respondía, active código azul, se trajo el carro de paro, el jefe Hans se quedó haciendo la reanimación,

*salí de la habitación a acudir al médico general de cirugía y a la internista de unidad de cuidado intensivo, me fui para admisiones para avisarles a los médicos, ellos se quedaron en la reanimación con el paciente. PREGUNTADO: Informe al despacho si usted llamo hacia alguna dependencia de la clínica para informar sobre el código y en caso afirmativo, cual fue la respuesta a la comunicación: CONTESTO: se estuvo llamando y estaban ocupando los teléfonos, inmediatamente acudí a llamarlos personalmente. PREGUNTADO: Informe al Despacho si al momento de la emergencia había médico especialista de turno presencial en el servicio de cirugía y en caso afirmativo informe al Despacho si el mismo atendió la emergencia. CONTESTO: si, inmediatamente llegó el medico de cuidado intensivo y acudió a la urgencia. PREGUNTADO: Informe al Despacho si usted se acuerda a qué hora llegó el médico de la UCI y que maniobras hizo para reanimar el paciente. CONTESTO: en el momento en que llegó yo no estaba ahí, porque me había ido a llamar al médico general de cirugía y al Dr. Jiménez. PREGUNTADO: Informe al Despacho si usted dio aviso al jefe de enfermería y en caso afirmativo este o esta que hizo. CONTESTO: Este jefe inmediatamente acudió al llamado se llevó el carro de paro inmediatamente, por cuanto cuando se activa el código azul, se hace la reanimación. PREGUNTADO: Informe al Despacho si a usted le consta cual fue el medico que estableció o determinó que el paciente estaba muerto y a qué hora lo hizo. CONTESTO: el internista de cuidado intensivo fue quien dio ese dictamen, porque fue quien acudió inmediatamente a la urgencia.(...)PREGUNTADO: Por Favor indique al despacho si usted ingreso a la habitación del paciente antes de que se presentará la urgencia del mismo. CONTESTO: No. PREGUNTADO: Indique usted por favor si para ese entonces conocía de condiciones específicas de un paciente por las cuales requiriera acompañamiento permanente de un familiar. CONTESTO: nosotros conocíamos el paciente porque recibimos turno, y recibimos el antecedente del paciente, condiciones del paciente, diagnóstico y las condiciones en que se recibía el paciente, conocíamos el diagnóstico del paciente. PREGUNTADO: Indique si usted sabe en virtud de que permaneció en el turno desde las 19 horas hasta las 7 del día siguiente si el paciente le fue realizado examen de necropsia o inspección por medicina legal. CONTESTO: No. PREGUNTADO: Al momento de que usted ingreso a la habitación del paciente estaba acompañándolo algún familiar. CONTESTO: no.(...)”.*

Se recaudó el testimonio de **Hans Parra Corredor**, quien es enfermero jefe y atendió al paciente. De su versión se destaca (se transcribe en forma literal, incluidos los posibles errores):

*“(...) CONTESTO: ese día procedí a recibir el turno de enfermería en el turno de la noche, a las 7 de la noche, donde recibo al paciente, pues encontrándose siendo valorador por el doctor Ruiz, a quien llamaron del turno anterior para valoración, posterior a esto el Dr. Ruiz habla con la familia sobre el estado del paciente, hace notas de medicina y le indica a los familiares de las condiciones y estado del paciente, hacia las 9 de la noche fui requerido por la auxiliar de enfermería Isabel Estupiñán, quien grita desde la habitación del paciente e indica que el paciente no contesta el llamado, y que el paciente se encontraba solo en la habitación, procedo a valorar al paciente, al llamado del paciente no responde, tomo pulso carotido no se obtiene el pulso y anunció clave azul, a quien la auxiliar Isabel empieza a llamar al conmutador anunciar el código azul. La enfermera cuando se anuncia el código azul se traslada el carro de paro con el desfibrilador y se comienzan maniobras de reanimación con presiones torácicas hacia los tres o cinco minutos llega la terapeuta respiratoria quien acude al llamado se encarga de la vía aérea dando ventilaciones con ambu y yo me dedico a continuar con compresiones torácicas, la auxiliar Isabel Estupiñán*

EXPEDIENTE No: 110013331034-2011-00272-00

REPARACION DIRECTA: SENTENCIA PRIMERA INSTANCIA

al solicitar ayuda llega un médico de la unidad de cuidado intensivo, el equipo realizando las maniobras, y el medico valora al paciente a los 20 minutos y determina que el paciente ha fallecido. Posterior a esto llega el Dr. Ruiz, quien también valora al paciente y también determina el fallecimiento. Posterior a esto se hicieron varias llamadas para ubicar a la familia, después de obtener respuesta se informa de la situación, soy tratado de forma soez por vía telefónica, y manifestaron que ya se dirijan a la clínica. El cuerpo queda en la habitación porque la familia no permite el egreso a la morgue, y la historia clínica queda con ellos.(...) PREGUNTADO: Informe al despacho donde se encontraba usted cuando ocurrió la emergencia del paciente Alfonso Rodríguez Velandia. CONTESTO: estaba en el cuarto de medicamentos alistando para la administración de esto. PREGUNTADO: Informe al Despacho a qué hora empezó la emergencia con el mencionado paciente. CONTESTO: a las 21 horas. PREGUNTADO: Informe al Despacho usted que hizo en favor del estado de salud del paciente Alfonso Rodríguez Velandia, cuando se presentó la urgencia el 9 de febrero de 2010. CONTESTO: valoración, e iniciación de clave azul y realización de comprensiones torácicas para reanimación cardiopulmonar. PREGUNTADO: informe al Despacho que personal de asistencia médica especializada y de enfermería se encontraba con usted cuando se presentó la emergencia. CONTESTO: Pues estaban dos auxiliares de enfermería y yo como enfermero Jefe. PREGUNTADO: Informe al Despacho si el paciente fue atendido por un médico especialista cuando se presentó la emergencia y en caso afirmativo como es el nombre del especialista y de que área correspondía. CONTESTO: en el momento especialista no se encontraba. (...) PREGUNTADO: Precísele al despacho a qué hora hace presencia y a qué hora fallece el paciente. CONTESTO: 21 horas y las 21:20 fallece el paciente. (...)PREGUNTADO: Indíqueme por favor al despacho en que consiste la calidad de enfermero jefe. CONTESTO: es una profesión universitaria que está en capacidad de iniciar y reanimar a un paciente en momento en que lo requiere o lo necesite y su énfasis es el de cuidador. PREGUNTADO: Por Favor Indíqueme al Despacho cuanto tiempo transcurrió desde el momento en que usted conoció la alerta del paciente, activo el código azul y realizó maniobras de reanimación. CONTESTO: 40 segundos. PREGUNTADO: En que consiste el código azul. CONTESTO: consiste en dar aviso a todo el personal asistencial para atender a una emergencia o urgencia, en el cual participa un médico, terapeuta respiratorio, enfermero jefe, auxiliar de enfermería, y lo puede atender el personal que se encuentre más cercano al sitio del evento. PREGUNTADO: Por favor indíqueme al despacho que es y para que se utiliza el carro de PARO. CONTESTO: es un elemento que utiliza para realizar resucitación y reanimación de un paciente en paro cardiorespiratorio. Y se utiliza para extraer los elementos necesarios para la reanimación, como lo es el desfibrilador, los medicamentos, catéteres, sondas e insumos que se requieren y está también la parte de la vía aérea, como laringos, ambu, máscaras de oxígeno, líquidos endovenosos. PREGUNTADO: En respuesta anterior señaló usted que que, utilizado el ambu, puede indicar que es y para que se utiliza. CONTESTO: el ambu es un elemento que tiene una máscara y un reservorio que se utiliza para realizar reanimación por vía área conectado al oxígeno.(...)".

De la versión del doctor **Ricardo Adolfo Villarreal Viena**, quien es médico especialista en cirugía gastrointestinal, se destaca (se transcribe de forma literal incluidos los posibles errores):

"(...) CONTESTO: sí, es un paciente de 75 años ingresa a la fundación salud Bosque el tres de febrero de 2010, evaluado primero por el servicio de urgencias posteriormente por el servicio de medicina interna se le interconsulta como cirujano de turno por un cuadro clínico de dos días de evolución consistente en dolor abdominal difuso un episodio de deposición melénica (negra) y un episodio de deposición con sangre asociado a distensión



abdominal en el momento de la revisión del paciente encuentro un paciente en regulares condiciones en un proceso de manejo medico por el servicio de medicina interna para compensación de un antecedente de trombosis venosa profunda el cual venía recibiendo un manejo y una evolución favorable, revisando la historia clínica encontramos como antecedentes de tabaquismo, bebedor de alcohol durante 30 años, tenía antecedente quirúrgico de colecistectomía abierta y herniorrafia inguinal, al examen físico se evalúa el abdomen globoso, distendido con leve dolor a la palpación pero sin signos de irritación peritoneal se observan cicatrices quirúrgicas previas, se da un diagnostico por parte del servicio de cirugía general de un íleo adinámico y una obstrucción intestinal al cual se le inicia manejo con hidratación, paso de sonda nasogástrica y manejo en conjunto con el servicio de medicina interna por antecedentes descritos, posteriormente me dirijo hablar con el paciente y su familia explicándoles claramente los riesgos y posibles complicaciones que podría llegar a enfrentar en caso de que el paciente no mejorara con el manejo medico instaurado dado que el cuadro de obstrucción intestinal está muy asociado con los antecedentes quirúrgicos previos, el paciente y la familia en ese momento me manifestaron estar de acuerdo con la conducta medica realizada con el servicio de cirugía general y entendieron claramente los posibles riesgos y complicaciones. Durante 48 horas de manejo medico instaurado el paciente persistía con la distensión abdominal sin una mejoría clara a pesar del manejo médico, motivo por el cual se habla con la familia nuevamente para explicarles que la siguiente opción terapéutica es llevar el paciente a cirugía bajo un diagnóstico de obstrucción intestinal para realizar laparotomía exploratoria más liberación de adherencias peritoneales (el testigo solicita se le ponga de presente la historia clínica de la fundación de salud Bosque visible a c.7) el 5 de febrero de 2010 a las 12:00 del mediodía se habla con la familia se le explica el plan de manejo quirúrgico pero en ese momento no firman el consentimiento informado para realizar el procedimiento hasta que posteriormente no se reunieran con el resto de familiares, el 05 de febrero de 2010, hasta las 02:00 de la tarde se vuelve hablar con los familiares quienes aceptan el procedimiento, firman consentimiento informado previamente habiéndoles explicado los posibles riesgos y complicaciones dado los antecedentes patológicos del paciente, se lleva el paciente a salas de cirugía previa valoración por anestesiología se realiza el procedimiento quirúrgico laparotomía exploratoria más liberación de adherencias encontrando como un hallazgo adicional un hemoperitoneo de aproximadamente 1000 cm asociado a la anticoagulación del paciente, se observa además un gran síndrome adherencial que compromete el íleon terminal hasta los 20 cm de la válvula ileocecal con múltiples segmentos de hipo perfusión y engrosamiento antimententerico de aproximadamente 100 cm en intimo contacto con el epiplón mayor y cara ventral del hígado sobre el lecho hepático. Colon sin alteraciones hallazgos quirúrgicos compatibles con el diagnóstico pre quirúrgico de obstrucción abdominal se deja el paciente para revisión en un segundo tiempo quirúrgico a las 24 horas el cual se realiza el 07 de febrero de 2010, observando como hallazgos una mejoría importante de la perfusión de las asas intestinales al realizar la liberación de adherencias que obstruían las asas intestinales en el primer procedimiento quirúrgico, al finalizar el procedimiento se vuelve hablar con la familia y se le explica los hallazgos intra-operatorios volviéndoles a recalcar los riesgos y complicaciones que podía tener este paciente por los antecedentes descritos, el paciente posteriormente presenta una evolución favorable al manejo quirúrgico durante su estancia en la unidad de cuidado intensivo luego sale de la unidad de cuidado intensivo el 09 de febrero al piso hasta donde tuve conocimiento. (...)PREGUNTADO: informe al despacho si usted estaba de turno presencial el día 09 de febrero de 2010, en la Fundación Salud Bosque. CONTESTO: no estaba de turno. PREGUNTADO: según su criterio médico que le causo la distensión abdominal y la obstrucción abdominal al paciente. CONTESTO: la obstrucción intestinal y la distensión abdominal que presentaba este paciente está íntimamente en relación con la presencia de



EXPEDIENTE No: 110013331034-2011-00272-00

REPARACION DIRECTA: SENTENCIA PRIMERA INSTANCIA

bridas (adherencias entre los intestinos secundario a sus antecedentes quirúrgicos previos) (colecistectomía abierta). PREGUNTADO: explique al despacho que es la colecistectomía abierta. CONTESTO: la colecistectomía abierta es un procedimiento quirúrgico que consiste en ingresar a la cavidad abdominal para extirpar la vesícula biliar secundario a una enfermedad que se diagnostica como colecistitis colelitiasis (enfermedad inflamatoria de la vesícula por cálculos biliares). PREGUNTADO: informe al despacho si el paciente en algún momento estuvo sobre anti coagulado y en caso afirmativo que causo la sobre anti coagulación. CONTESTO: paciente venía siendo manejado por el servicio de medicina interna por un antecedente de trombosis venosa profunda controlada cuando lo valore en el momento de mi acto médico dado que había recibido tres unidades de plasma como antídoto por este servicio. PREGUNTADO: explíqueme al despacho que es una trombosis venosa profunda. CONTESTO: es la presencia de un coagulo en las venas de los miembros inferiores. PREGUNTADO: informe al despacho cual es el medicamento indicado para tratar la enfermedad de trombosis venosa profunda. CONTESTO: hay varios medicamentos para ese tipo de manejo no lo aplico en mi especialidad (cirugía general) es un manejo idóneo por el servicio de medicina interna. (...) PREGUNTADO: informe al despacho si después de practicada la cirugía al paciente la cual nos ha descrito con detalles si usted ordeno anticoagularlo o si sabe de algún especialista que lo haya hecho. CONTESTO: no ordene anticoagularlo porque mi especialidad no maneja ese tipo de tratamientos, cuando el paciente sale de cirugía es trasladado a la unidad de cuidado intensivo donde inicia manejo integral por especialistas en cuidado intensivo. PREGUNTADO: informe al despacho si usted como profesional de la medicina sabe o tiene conocimiento de cuál es el especialista que maneja lo relativo a los anticoagulantes. CONTESTO: el servicio de medicina interna. PREGUNTADO: en su relato manifiesta que el paciente presento una evolución favorable después de practicada la cirugía según su criterio medico explique al despacho cual fue la causa de la muerte del paciente. CONTESTO: la evolución clínica del paciente tiene un curso favorable al manejo médico quirúrgico su causa de muerte tiene una hipótesis de un trombo embolismo pulmonar pero este diagnóstico no se pudo corroborar dado que al paciente no se le practicó una autopsia y esta hubiera podido definir la causa de muerte. PREGUNTADO: Explique al despacho que es un trombo embolismo pulmonar y cuál es su causa. CONTESTO: un trombo embolismo pulmonar es la presencia de un coagulo en la arteria pulmonar sus posibles causas son hereditarias ya adquiridas dentro de las cuales podrían o no estar relacionada con una trombosis venosa profunda. (...) PREGUNTADO: infórmele al despacho que significa al interior de una historia clínica la sigla CA. CONTESTO: la sigla CA no solo al interior de una clínica sino a nivel universal significa cáncer. PREGUNTADO: indíqueme al despacho que quiere decir cuando dicha sigla se encuentra seguida por signo de interrogación. CONTESTO: esto quiere decir que no hay la evidencia o la certeza de que exista cáncer. PREGUNTADO: el paciente señor Alfonso Rodríguez Velandia le informaron a usted que el señor había tenido cáncer o tenía cáncer. CONTESTO: en ningún momento ni el paciente ni los familiares me hablaron o informaron sobre ese antecedente. PREGUNTADO: luego de la revisión que usted realizo de la historia clínica encontró registros de que la trombosis venosa profunda fue tratada. CONTESTO: de acuerdo a la revisión que se hace en la historia clínica el paciente recibe tratamiento para la trombosis venosa profunda por la especialidad de medicina interna. PREGUNTADO: señalaba usted como hipótesis para el fallecimiento del paciente un trombo embolismo puede señalar si existen otras hipótesis. CONTESTO: si puede existir otra posible hipótesis dado los antecedentes del paciente también se hubiera podido desencadenar por un infarto agudo de miocardio. PREGUNTADO: comuníqueme al despacho cual sería la prueba diagnóstica o el examen que hubiese podido determinar con certeza cuál fue la causa del fallecimiento del señor Rodríguez Velandia. CONTESTO la realización de una autopsia por el servicio

de medicina legal. PREGUNTADO: Dr. Villareal explíqueme al despacho si tuvo usted contacto posterior al fallecimiento del señor Rodríguez Velandia con los familiares y como se desarrolló dicho contacto. CONTESTO: tuve contacto con los familiares el día 10 de febrero de 2010, a las 07:00 am cuando llegue a recibir mi entrada de turno a la fundación salud bosque me reuní con ellos en la sala de juntas y respondí a todas las preguntas e inquietudes que tenían al respecto sobre las posibles causas del fallecimiento de su familiar también hable con ellos explicándoles que el Dr. Diego Ruiz, médico general idóneo fue la persona que en ese momento atendió a su familiar y por tratarse de un médico que se encontraba realizando su especialización en el área de la cirugía general a pesar de que el realizo las notas en la historia clínica sus notas no eran o no podían ser plasmadas a su nombre y tenían que ser avaladas por un especialista notas que le explico a la familia claramente fueron avaladas por mí para poder cerrar la historia clínica y posteriormente poder trasladar al paciente para los tramites de traslado a la morgue y funeraria explicación que quedo muy clara a los familiares que me manifestaron a entender sin ningún problema. (...)PREGUNTADO: manifieste al despacho cual era el estado de salud y su pronóstico para la fecha que usted atendió al paciente Alfonso Rodríguez Velandia. CONTESTO: El estado de salud del paciente en el momento de la valoración se encontraba en muy irregular estado general por eso me tome el tiempo para explicarle a la familia cuales eran los riesgos y posibles complicaciones incluyendo hasta la muerte en este tipo de casos por eso desde el principio se trataba de un paciente con muy mal pronóstico vital.

La doctora **Silvana Arinda Álvarez Cumplido**, médico de profesión señaló (se transcribe de forma literal, incluidos los posibles errores):

"(...) **CONTESTO:** esa noche estaba yo de turno en urgencia mi cargo era medica hospitalaria de medicina interna en esa época quien estaba de turno cumplía la función de coordinación del servicio de medicina interna y atendí el llamado de las enfermeras en el piso que me comentan que había fallecido un paciente luego a ese sitio y me explican de forma somera lo que sucedió y solicite al personal de enfermería que me comentara lo que había pasado con los familiares también de hecho fue enfrente del servicio de enfermería, los familiares manifestaban desconcierto disconforme no estaban de acuerdo con el servicio que se había prestado en ese momento si estaba algo exaltados se llamó a la seguridad de la clínica se llamó inclusive a la policía eso me consta estuve yo. (...)PREGUNTADO: teniendo en cuenta que usted se encontraba de turno el día 09 de 2010 en la clínica el bosque, sírvase informar al despacho que especialista en cirugía estaba de turno presencial esa misma noche. CONTESTO: No, no se no tengo conocimiento. (...)PREGUNTADO: informe al despacho si mientras usted se encontraba de turno en su área de medicina interna fue solicitada interconsulta de medicina interna por parte del Dr. Ruiz, la noche del 09 de febrero del 2010. CONTESTO: En el área de urgencias que estaba asignada en ese área yo respondía las interconsultas de forma inicial los pacientes que estaban en piso esas interconsultas se encarga durante el día el medico que está asignado por lo general en piso están los pacientes estables y la repuesta de las interconsultas son para apoyo terapéutico y diagnostico mi labor estaba enfocada en responder las interconsultas del área de urgencias".

La testigo **Yubeth Indira Amézquita Chala**, auxiliar de enfermería señaló (se transcribe de forma literal, incluidos los posibles errores):

"(...) **CONTESTO:** El paciente después de ser entregado del servicio de UCI, nosotras como auxiliares encargadas lo recogemos y entonces se trasladó de la unidad al pabellón E en compañía de familiares. Se ubicó en la unidad se dieron indicaciones de ingreso, eso

EXPEDIENTE No: 110013331034-2011-00272-00

REPARACION DIRECTA: SENTENCIA PRIMERA INSTANCIA

dura más o menos 15 o 20 minutos (...) Después de eso salí a terminar mi ronda de enfermería y faltando 10 minutos para la entrega del turno, o sea y de la noche los familiares timbran para informar que ven a su paciente en regular estado y el paciente manifiesta dolor de cabeza, lo observo diaforético, se realiza control de signos vitales y le informo a la jefe de servicio. Ella hace lo correspondiente y llama al servicio de cirugía general(...) PREGUNTADO: Informe al despacho si de acuerdo a los signos vitales que usted dice haberle encontrado al paciente al momento de la entrega de turno eran motivo de alarma o de urgencia. CONTESTO: En un paciente en condiciones normales puede ser motivo de alarma, el paciente estaba en UCI en regular estado general, los diagnósticos que tenía, él estaba muy débil, pudo haberse descompensado al trasladarse de UCI a habitación, el más mínimo movimiento o cambio de estado puede alterar sus constantes.(...) PREGUNTADO: Informe al despacho si usted conoce al doctor Diego Ruíz, y si el mismo valoró al paciente y lo trató durante el tiempo que usted estuvo de turno. CONTESTO: Nuestro turno fue estrictamente laboral y a la hora de entrega del paciente, 19 horas, el paciente estaba siendo valorado por el doctor Ruíz. PREGUNTADO: Informe al despacho si a usted le consta que el doctor Ruíz sea especializado en algún área de la medicina para el momento del deceso del paciente. CONTESTO: Todo médico residente el médico general y está haciendo una especialización en determinada área de la medicina(...)."

La testigo **Angélica Patricia Sánchez Ballesteros**, auxiliar de enfermería señaló (se transcribe de forma literal incluidos los posibles errores):

"(...) **CONTESTO.** Yo el día 09 de febrero de 2010 recibí turno en hospitalización de piso a las 19 horas, yo soy la auxiliar que tenía a cargo el paciente. Yo recibí al paciente, en ese momento el paciente estaba acompañado de la esposa y dos señores más, pero no se el grado de parentesco, lo estaba valorando el doctor Ruiz, cirujano general. Inicie mi turno, me presente, las ordenes y lo que me entregaron pendiente era que un ingreso de la UCI y tenía pendiente que lo viera el cirujano general puesto que el paciente había manifestado cefalea y leve dolor abdominal. El paciente tenía un edema leve, tenía oxígeno por cánula nasal a 2 litros, tenía una sonda nasogástrica cerrada, tenía un catéter subclavio derecho y le estaba pasando lactato de ringer a 80, por otra vía le estaba pasando nutrición parenteral y la orden era terminar esa nutrición y suspenderla. Estaba fajado, tenía una herida a nivel abdominal en línea media pero estaba cubierta. A las 19 horas lo vio el médico. Termine de recibir turno y comencé mis actividades de enfermería iniciando con el control de signos vitales, le tome signos vitales y encontré al paciente con la tensión disminuida aunque normal para el estado actual del paciente, pues era un ingreso de la UCI, estaba taquicardico, tenía temperatura de 37-7, tenía una febrícula mas no estaba con fiebre. Se tomaron los signos en presencia de los familiares, ya había salido el cirujano general y el paciente me refirió que sentía calor y que le ardía el cuerpo, pero entonces como el cirujano general estaba todavía en el servicio se le comento lo que paso inmediatamente en teleferia y se le dijeron las constantes vitales y el cirujano entro y nuevamente hablo con el paciente y familiares. Posterior a eso, el cirujano empezó hacer las órdenes médicas y yo seguí tomando los signos de mis otros pacientes. Sobre las 8 de la noche el cirujano le entrega las ordenes al jefe de mi servicio, entre las cuales estaba valoración por medicina interna, no retirar la sonda nasogástrica, le mando analgesia y omeprazol y verbalmente nos dijo que llamáramos a terapia para que viera el paciente, eso si no fue orden medica escrita sino una orden verbal de llamar a terapia respiratoria. Después, realmente no supe a qué hora se fueron los familiares. Cuando el cirujano a las 7 de la noche cuando estaba viendo al paciente él le estaba diciendo al paciente que a pesar que había salido de una cirugía que había sido riesgosa y como él tenía antecedentes importantes, que él lo veía muy bien, entonces que lo más posible es que al día siguiente



EXPEDIENTE No: 110013331034-2011-00272-00

REPARACION DIRECTA: SENTENCIA PRIMERA INSTANCIA

*se le iba a iniciar tolerancia a la dieta y que en los próximos días si toda salía bien se podía ir para la casa. Retomando, el jefe delego a la auxiliar de botiquín la administración de la analgesia porque el paciente había referido dolor. Yo seguí en mis actividades de enfermería y sobre las nueve de la noche la auxiliar de botiquín ingresa a la habitación y encuentra al paciente solo aparentemente estaba dormido pero cuando mi compañera lo llama, el paciente no responde, ella activa el código azul, llama al jefe de servicio, me llama a mí porque yo era la auxiliar encargada del paciente y ahí procedo a monitorizar al paciente y a pesar de que el paciente ya estaba frío, ya tenía una palidez generalizada, no tenía respuesta a estímulos, el dinamap marca tensión. Mientras nosotros hacíamos eso el jefe se comunica en admisiones para localizar al cirujano general y pues según el protocolo de ese entonces se llama a la unidad de cuidados intensivos que eran los que nos apoyaban cuando había código azul, acude el medico de cuidado intensivo y ella declara el fallecimiento del paciente a las 9.20 de la noche. Realmente no se le alcanzo a suministrar la medicación y después de que declara el fallecimiento llega cirugía general quien también valora al paciente y reitera que ha fallecido. En ese momento el paciente también estaba solo. Después de eso el jefe trata de comunicarse con los familiares por vía telefónica porque en la historia clínica registraba que vivían si no estoy mal en cedritos que es relativamente cerca de la institución, hace varios intentos y no logra comunicarse, sino más o menos como después de las 10 de la noche(...)."*

Mediante Oficio No. GPF-DRB-D323309-2015 del 12 de febrero de 2015, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, a través de una de sus especialistas forenses Dra. Mabel del Carmen Zurbarán Barrios, respondió el cuestionario formulado por la parte actora, haciendo énfasis en que, dicha entidad no contaba con médico especialista en hematología, por lo que no se podía dar respuesta a los cuestionamientos relacionados con esa especialidad.

Así las cosas, el cuestionario en lo que de acuerdo a la especialidad se pudo despejar, señaló lo siguiente (fls. 212 a 215 C2):

*"(...)-. Nos informe que es el INR y para qué sirve?*

*RESPUESTA: INR: International Normalized Ratio. Los resultados para un tiempo de protombina de un individuo normal varían dependiendo de qué tipo de sistema de análisis se utilice. Esto se debe a las diferencias del fabricante del reactivo para la prueba. El INR se diseñó para estandarizar esos resultados y reaplica con una fórmula.*

*Cuáles son las cifras normales de INR, valor normal de INR: entre 85 y 100% (INR 1,0-1,2)*

*-. Ilústrenos sobre cuáles son los signos y síntomas de un tromboembolismo pulmonar en curso y ya establecido. Cómo se hace el diagnóstico, cuál es el tratamiento. Si en el caso del señor Alfonso Rodríguez, el manejo del tromboembolismo pulmonar que presentó, fue oportuno y adecuado?.*

*RESPUESTA: El diagnóstico clínico de tromboembolismo pulmonar es impreciso y requiere confirmación objetiva. Menos de 50% de los pacientes con tromboembolismo pulmonar presenta signos clínicos típicos, y más del 50% de los pacientes con signos y síntomas clínicos de tromboembolismo pulmonar, no tiene tromboembolismo pulmonar. Los síntomas de mayor relevancia son:*

- . Disnea súbita con sensibilidad del 78.2% y especificidad de 70.8%*
- . Dolor torácico con sensibilidad de 16.3% y especificidad del 90.02%*
- . Síncope con sensibilidad del 26,2% y especificidad de 87.2%.*

EXPEDIENTE No: 110013331034-2011-00272-00

REPARACION DIRECTA: SENTENCIA PRIMERA INSTANCIA

*Para confirmar un diagnóstico de tromboembolismo pulmonar se sugiere la realización de los paraclínicos como: electrocardiograma, gasimetría arterial, radiografía de tórax, ecocardiograma, gammagrafía de ventilación/perfusión, angiografía por tomografía axial computarizada helicoidal, arteriografía o angiografía pulmonar, está considerada como el patrón oro e indicada en pacientes con sospecha de tromboembolismo pulmonar con compromiso hemodinámico y ecocardiografía o gammagrafía no diagnósticas con ultrasonido negativo o mala reserva cardiopulmonar.*

*El resumen de diagnóstico del tromboembolismo pulmonar es una sospecha clínica que se puede confirmar con diferentes paraclínicos y no tiene signos, ni síntomas específicos de fase en curso o establecida.*

*- Establezca cuál es la causa de la muerte del señor Alfonso Rodríguez y el mecanismo de la misma?*

*RESPUESTA: La información de la historia clínica aportada, consigna que es un hombre de 75 años de edad con antecedentes de trombosis venosa profunda en muslo derecho, en tratamiento con anticoagulantes (warfarina), quien presenta aumento marcado del tiempo de coagulación, presentando un hemoperitoneo. En la intervención quirúrgica realizada: Laparatomía, se evidenció además adherencias intestinales y engrosamiento del mesenterio. En el postoperatorio evoluciona hacia la mejoría, presentando estabilidad hemodinámica, exitoso retiro del respirador, sin dificultad respiratorio, con ruidos intestinales presentes, alerta, afebril, hidratado y sin signos de respuesta inflamatoria.*

*En la evolución del 9 de febrero de 2010, a las 19:35 horas, se consigna: -paciente ingresa de uci en buen estado, en el momento establece no signos de sangrado activo, no signos de irritación peritoneal. Adecuada evolución postoperatoria. -En nota de enfermería del 9 de febrero de 2010, a las 20:00 horas se consigna que se encuentra paciente diaforético, taquicárdico, taquipneico e hipotenso. Por lo cual se solicita valoración médica. En nota posterior, a las 21:00 horas se consigna que se encuentra paciente con leves signos vitales y se declara código azul. Se reanima sin respuesta y fallece. Con la información disponible en la historia clínica, considero que la causa más probable de muerte del señor Alfonso Rodríguez Velandia es un tromboembolismo pulmonar.*

*- Cuánto tiempo estuvo en estado de urgencia o agonía?*

*RESPUESTA: En la historia clínica recibida para el estudio no se consigna el diagnóstico de estado de urgencia o agonía.*

*- Cuáles eran los primeros auxilios que le podían prestar, cuál era el tratamiento médico que se debía iniciar, si estuvo bien manejada la urgencia, como figura en la historia, desde las 18 horas del 9 de febrero de 2010 hasta el fallecimiento y la atención que recibió en ese lapso de tiempo fue la pertinente y oportuna?*

*RESPUESTA: Esta respuesta debe ser dada por un médico especialista en medicina interna y cuidados intensivos.*

*- Cuál es el nombre del médico que le prestó la atención médica al paciente Alfonso Rodríguez durante la alarma de código azul?*

*RESPUESTA: En el folio 000164 se consigna que atendió el código azul del paciente Alfonso Rodríguez Velandia el médico Ricardo Adolfo Villarreal Viana de la especialidad cirugía general".*

Dentro del plenario también se recaudó el peritazgo realizado por el Grupo de Hematología Oncológica del Instituto Nacional de Cancerología –ESE (fls. 1 a 4 C 3- fls. 15 a 16 cuaderno de dictamen), del cual se destaca lo siguiente:

**"RESPUESTAS:**

2.1. Posterior a la revisión de la historia clínica no hay un soporte claro que confirma la presencia de neoplasia (cáncer de próstata). Se considera que ante el diagnóstico de trombosis venosa profunda del miembro inferior izquierdo o provocado, el paciente tiene clara indicación de anticoagulación y en ese contexto el uso de warfarina era igualmente seguro y efectivo a una heparina de bajo peso molecular.

2.-2.- Como se explica en la respuesta anterior, se considera que, en ese contexto, el paciente tenía indicación de anticoagulación y la warfarina es equiparable a las heparinas de bajo peso molecular.

2.3.- El INR (international Normalized ratio) es una prueba de laboratorio utilizada y aprobada para el manejo, control y seguimiento del estado de anticoagulación en pacientes que reciben cumarínicos (warfarina) como estrategia de anticoagulación. Se refiere al estado de coagulación medido con el tiempo de protombina en relación con un tiempo de protombina estándar y según la patología para la cual se indica la anticoagulación, el valor esperado debe estar en un rango entre 2,0 a 3,0 o 2,5 a 3,5 de INR. En el contexto del paciente la meta de INR debía ser entre 2.0 a 3.0. Si el INR está mayor de 3.0 debe ajustarse la dosis y si presenta cualquier tipo de sangrado debe suspenderse la anticoagulación. En el momento en que el paciente presenta la obstrucción intestinal con sangrado digestivo y hemoperitoneo que requiere intervenciones quirúrgicas, se considera una hemorragia amenazante de la vida y es una contraindicación para la anticoagulación sea para iniciarla o reiniciarla, independientemente del nivel de INR.

2.4.- El tromboembolismo pulmonar es una enfermedad caracterizada por embolización (migración) de trombos desde el sistema venoso hacia los vasos pulmonares, lo cual conlleva a un espectro de síntomas desde el dolor torácico y la disnea de diversos grados de severidad hasta la muerte por colapso circulatorio. Debe sospecharse ante la presencia de dolor torácico, dificultad respiratoria súbita o rápidamente progresiva, presíncope o síncope o colapso cardiovascular con paro cardiorrespiratorio, que se presenta en un contexto de riesgo aumentado como un estado protombótico o procoagulable y la presencia de una trombosis venosa documentada o riesgo para eventos trombóticos venosos. La prueba de oro para hacer el diagnóstico de tromboembolismo pulmonar es la arteriografía pulmonar, sin embargo, otras pruebas diagnósticas como la angiotomografía de tórax ofrece muy buena sensibilidad y especificidad para el diagnóstico. En ciertos casos, cuando el evento es masivo el colapso cardiorrespiratorio puede ser tan rápido que no permite la realización de la prueba diagnóstica y amerita intervención sin conformación sopesando beneficio en la intervención versus el riesgo de las complicaciones inherentes a la terapia, que para el caso sería la trombólisis. En muchos casos si el compromiso pro tromboembolismo pulmonar es masivo la mortalidad es más del 90% aún con la realización de todas las medidas médicas pertinentes.

Por lo revisado en la historia clínica, el paciente presenta dificultad respiratoria aguda y posteriormente paro respiratorio de evolución muy rápida, por lo cual, si bien tiene riesgo

EXPEDIENTE No: 110013331034-2011-00272-00

REPARACION DIRECTA: SENTENCIA PRIMERA INSTANCIA

*de tromboembolismo pulmonar por el contexto, como se refirió previamente intervenciones como la trombólisis en este paciente estaba contraindicada para el paciente dado la presencia de alto riesgo de sangrado y hemorragia amenazante de la vida.*

*Es de aclarar la presencia de tromboembolismo pulmonar no está confirmado en la historia clínica ni por un estudio anatomopatológico (autopsia)".*

A iniciativa de la parte actora, se rindió el dictamen de auditoría médica realizado por la perito Gloria Margarita Colmenares Tovar, médica cirujana de la Universidad Nacional de Colombia, especialista en Auditoría de Servicio de Salud EAN visible a folios (9 a 122 del cuaderno de dictamen), respecto del cual se destaca lo siguiente (se transcribe de forma literal, incluidos los posibles errores):

**"(...)CUESTIONARIO RESPUESTAS Y CONCLUSIONES**

**(...)**

*Transcribo el cuestionario planteado por el apoderado de los demandantes respecto a las inquietudes relacionadas con mi campo, aclarando que daré respuestas cortas y concisas ya que el desarrollo del peritaje considero deja en claro el soporte de cada uno de los temas materia de investigación como es la responsabilidad de cada actor del SGSSS sobre el SOGCS y sobre la calidad de la atención en salud recibida por el señor ALFONSO RODRÍGUEZ VELANDIA, lo que permite dar claridad a todas las circunstancias de tiempo, modo y lugar que rodearon la muerte del paciente el 9 de febrero de 2010 en la Clínica el Bosque de esta ciudad, por lo cual considero que no requerirán ninguna clase de ampliación.*

**PREGUNTA.-1.-** Con todo respeto solicita a los Honorables Magistrados nombrar de la Lista de Auxiliares de la Justicia. Un perito Médico especializado en AUDITORIA MEDICA Y GARANTIA DE LA CALIDAD, para que mediante del proceso de evaluación de la demanda, de la historia clínica del señor ALFONSO RODRIGUEZ y visita de auditoría externa o de verificación a la Clínica el Bosque de ser necesario establezca o ratifique las omisiones cometidas aquí denunciadas por las entidades demandadas en lo relativo a la negligencia en la inspección, vigilancia, seguimiento y control que las ^ entidades del Estado deben ejercer sobre los actores del Sistema General de seguridad Social en Salud y el incumplimiento de (las normas legales por parte de las entidades particulares referentes al SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD (SDGC), SISTEMA UNICO DE HABILITACION CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES TECNOLOGICAS Y CIENTIFICAS y demás que han sido citadas en la demanda como violadas.

**RESPUESTA:**

*Las entidades del estado MINISTERIO DE SALUD, SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD y ENTE TERRITORIAL DE SALUD (SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD), sí incumplieron sus obligaciones legales vigentes para el 9 de febrero de 2010 de INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL del SOGCS del SGSSS contempladas en*

- Constitución Política de Colombia
- Ley 10 de 1990
- Ley 100 de 1993
- Ley 715 de 2001
- Ley 1112 de 2007
- Decreto 1011 de 2006 Min Salud
- Resolución 1043 de 2006 Min Salud
- Anexo técnico 1 de la Resolución 1043 de 2006 Min Salud
- Anexo técnico 2 de la Resolución 1043 de 2006 Min Salud
- Resolución 1446 de 2006 Min Salud

EXPEDIENTE No: 110013331034-2011-00272-00

REPARACION DIRECTA: SENTENCIA PRIMERA INSTANCIA

- Anexo técnico Resolución 1446 de 2006 Min Salud
- Documento del Ministerio de Salud para la implementación de las políticas de seguridad del paciente.
- Documento guía metodológica para la elaboración de guías de atención del Ministerio de Salud y la Protección Social

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud para los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control, como reza en las normas.

No cumplieron su deber de INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD DEL SGSSS, SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES TECNOLÓGICAS Y CIENTÍFICAS, DEL RECURSO HUMANO, PROCESOS PRIORITARIOS, SEGUIMIENTO A RIESGOS entre otros.

No cumplieron su deber de SEGUIMIENTO, INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL de los demás actores de sistema como lo ordenan las normas, lo que permite y favorece que actores como los ADMINISTRADORES DE LOS PLANES DE BENEFICIOS (EPS) contraten una red de prestadores de servicios para sus afiliados que no cumplen con los estándares de habilitación como sucedió con la EPS COLSANITAS al contratar la CLÍNICA EL BOSQUE como prestador.

La EPS COLSANITAS incumplió su deber de INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD DEL SGSSS, SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES TECNOLÓGICAS Y CIENTÍFICAS, DEL RECURSO HUMANO, PROCESOS PRIORITARIOS, SEGUIMIENTO A RIESGOS entre otros, del CUMPLIMIENTO DEL 100% DE LOS ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN al contratar a la Clínica el Bosque sin verificar los estándares y sin tener medidas de AUDITORÍA EXTERNA para el mejoramiento al no contar con medidas de verificación del mantenimiento del cumplimiento antes de contratar y de seguimiento una vez contratada.

La Secretaría Distrital de salud INCUMPLIÓ DOBLE VEZ SUS OBLIGACIONES DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL del SOGCS, ya que al ser responsable adicionalmente de la obligación legal de realizar la VISITA PARA VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES DE HABILITACIÓN y la expedición de la certificación, para la fecha de los hechos habilitó entre otros el servicio de HOSPITALIZACIÓN GENERAL ADULTOS para todos los servicios inscritos sin el cumplimiento el 100% de los estándares de habilitación.

La IPS CLÍNICA EL BOSQUE incumplió todas las normas citadas referentes al SOGCS del SGSS. Nunca realizó la autoevaluación de sus servicios, inscribió servicios sin el cumplimiento de los estándares, no mantuvo las condiciones, no cumplió los estándares de recurso humano, procesos prioritarios, seguimiento a riesgos, no contaba con las guías obligatorias ni de ley ni procesos, procedimientos, ni protocolos que cumplieran los requisitos de elaboración, divulgación, socialización, seguimiento, etc.

En la CLÍNICA EL BOSQUE no se contó con la elaboración y aplicación de guías de

EXPEDIENTE No: 110013331034-2011-00272-00

REPARACION DIRECTA: SENTENCIA PRIMERA INSTANCIA

*manejo, procesos y procedimientos obligatorios legales vigentes creados para garantizar la SEGURIDAD DEL PACIENTE, hubo muchas fallas administrativas institucionales y del personal responsable del paciente (turnos, procesos, procedimientos, falta de diligencia, etc.) y asistenciales (inadecuado manejo médico y del personal de salud) evidentes exponiendo permanentemente al paciente (...)*

**CONCLUSION:**

***Hubo por parte del Ministerio de Salud, Super Intendencia Nacional de Salud, Secretaría Distrital de Salud, EPS Colsanitas, negligencia en la inspección, vigilancia, seguimiento y control, porque no cumplieron su deber de vigilar, obligación legal que las entidades del Estado deben ejercer sobre los actores del sistema general de seguridad social en salud y el incumplimiento de las normas legales por parte de las entidades particulares CLINICA EL BOSQUE referentes al sistema obligatorio de garantía de calidad (SOGC) sistema único de habilitación y cumplimiento de las condiciones tecnológicas y científicas y demás que han sido citadas en la demanda como violadas.***

***PREGUNTA 1.1.*** Determine si la atención médica prestada al paciente ALFONSO RODRIGUEZ con múltiples condiciones de riesgo en la Clínica el Bosque fue pertinente, oportuna, se ajustaba a lo idóneo para el caso en particular y si cumplía con las características de CALIDAD exigidas por las normas.

**RESPUESTA:**

*A lo largo del desarrollo del peritaje he registrado todas las fallas no solo por el incumplimiento a las normas del SOGCS, del SGSSS sino también en la prestación de la atención médica y del demás personal de salud que tenía a su cargo la atención del paciente ALFONSO RODRÍGUEZ VELANDIA.*

*En el caso del paciente ALFONSO RODRÍGUEZ VELANDIA de acuerdo a todo lo encontrado en la historia clínica hubo un inadecuado manejo por parte del personal tratante en sus dos hospitalizaciones de sus enfermedades de base, Trombosis venosa profunda y trombo embolismo pulmonar.*

*Se presentó un incumplimiento de todas las características del SOGCS en cuanto a oportunidad, pertinencia, accesibilidad, seguridad y continuidad que llevaron a su fallecimiento el 9 de febrero del 2010 a las 21:20 horas en la CLÍNICA EL BOSQUE de ésta ciudad, siendo una mortalidad evitable al tratarse de un paciente con diagnóstico confirmado de TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA con múltiples factores de riesgo de trombofilia (edad avanzada, sedentarismo, reposo en cama, cáncer de próstata, tratamiento activo con medicamentos anti-andrógenos para su cáncer) que hacía necesario mantenerlo anticoagulado con un medicamento que le ofreciera SEGURIDAD, siendo el de primera elección la DALTEPARINA considerando el alto riesgo de hemorragia con otros como la warfarina en este caso en particular.*

*En la segunda hospitalización el paciente ingresa con todas las complicaciones secundarias a la SOBREDOSIFICACIÓN CON ANTICOAGULANTE, las cuales se manejaron suspendiendo el anticoagulante y los procedimientos quirúrgicos necesarios para controlar la hemorragia abdominal, pero como se evidenció en la historia el personal médico nuevamente incumplió los componentes del SOGCS de oportunidad, seguridad, accesibilidad, pertinencia y continuidad, al no reiniciar el manejo de ANTICOAGULACIÓN PROFILACTICA, ya que el paciente seguía teniendo todos los factores de riesgo de*



trombofilia una vez normalizadas las pruebas de coagulación, desde la noche del 5 de febrero de 2010, además no revisaron los valores de INR, no detectaron los signos de alarma sugestivos de TROMBOEMBOLISMO PULMONAR en CURSO, no hicieron el diagnóstico, no solicitaron las ayudas diagnósticas para confirmar o descartar y ante un cuadro clínico progresivo de deterioro no se inició manejo médico alguno, ni fue trasladado a la UCI, UC intermedio o a urgencias para un seguimiento o manejo. Manejo de que de haber sido pertinente, oportuno, seguro y continuo no habría terminado desencadenando la muerte del paciente que en estado crítico no recibió asistencia.

Es claro que en el reingreso se cometieron demasiadas fallas si se tiene en cuenta que al tratarse de un paciente que llega con un evento adverso por complicación medicamentosa de sobredosificación con un gran número de factores de riesgo, la institución y el personal de salud tratante debieron EXTREMAR LAS MEDIDAS DE VIGILANCIA, CONTROL Y CUIDADO Y BRINDARLE SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN a este paciente, como la norma ordena en el SISTEMA DE GESTIÓN DEL EVENTO ADVERSO.

#### **CONCLUSION:**

**La atención no fue pertinente, no fue oportuna, no se ajustaba a lo idóneo para el caso en particular y no cumplió en ninguna de las dos hospitalizaciones con las características de CALIDAD exigidas por las normas.**

**PREGUNTA I.2.-** Concluya si La CLINICA EL BOSQUE para el 9 de febrero de 2010 estaba cumpliendo con las condiciones de habilitación que le habían sido certificadas para el servicio de hospitalización de cirugía de mediana y alta complejidad de la forma como ordena la norma, en lo que se refiere a MEDICO ESPECIALISTA DE TURNO PERMANENTE EN EL SERVICIO DE CIRUGIA O EN SU DEFECTO MEDICO GENERAL DE TURNO PERMANENTE PRESENCIAL EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION DE CIRUGIA.

#### **RESPUESTA:**

Como se evidenció por los hallazgos de la documentación que reposa en el proceso, por las anotaciones del personal de enfermería en la historia clínica y los soportes de listas de turnos entregados por la CLINICA EL BOSQUE en la visita de auditoría, para el 9 de febrero de 2010 el servicio de hospitalización de cirugía a donde fue trasladado el paciente ALFONSO RODRÍGUEZ VELANDIA no contaba con médico general de turno presencial permanente ni con exclusividad en ese servicio, por ello el paciente a las 19:35 horas del 9 de febrero de 2010 fue atendido por RECURSO HUMANO EN ENTRENAMIENTO, porque el servicio no contaba con personal médico. En los listados de turnos solo figura un médico especialista de cirugía de turno el Dr. JIMÉNEZ, pero no para el servicio de hospitalización de cirugía. Por el mismo motivo al dar la alerta de código azul no había médico que la atendiera y se presentó 20 minutos después el médico de la UCI que ya encontró muerto al paciente.

#### **CONCLUSION:**

**La CLINICA EL BOSQUE para el 9 de febrero de 2010 NO estaba cumpliendo con las condiciones de habilitación que le había sido certificadas para el servicio de hospitalización de cirugía de mediana y alta complejidad de la forma como lo ordena la norma, NO HABIA MEDICO ESPECIALISTA DE TURNO PERMANENTE NI DISPONIBLE EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION DE CIRUGIA NI EN SU DEFECTO MEDICO GENERAL DE TURNO PERMANENTE PRESENCIAL EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION DE CIRUGIA, por ello el paciente ALFONSO**

EXPEDIENTE No: 110013331034-2011-00272-00

REPARACION DIRECTA: SENTENCIA PRIMERA INSTANCIA

**RODRIGUEZ VELANDIA falleció sin atención médica.**

**PREGUNTA 1,3** esta será desglosada en 5 por lo extensa así:

**1.3.1.** Si de acuerdo a la historia clínica la noche en mención la CLINICA EL BOSQUE contaba con SISTEMA DE COMUNICACIÓN DE ALERTA EFICIENTE, PERSONAL IDONEO EN LA ATENCION DEL CODIGO AZUL, OPORTUNIDAD PARA LA ATENCION DE LAS URGENCIAS VITALES EN LOS SERVICIOS.

**1.3.2.** Además, si la mencionada Clínica el Bosque para la fecha de los hechos contaba con Guías de manejo de la anticoagulación profiláctica en funcionamiento, incluyendo el manejo de sus complicaciones o sobredosificación, socializadas y conocidas por los funcionarios de los eventos adversos (en especial las complicaciones terapéuticas medicamentosas).

**1.3.3.** Si todos los 15 eventos adversos presentados en el paciente fueron reportados como es su obligación y qué medidas ordenó la administración se adelantara en cada uno de ellos dentro de la hospitalización, si tenía manual de procedimiento en seguimiento, vigilancia y control de los casos de mortalidad, si se realizó comité de fármaco-vigilancia para el caso de la complicación terapéutica de tipo medicamentoso que causaron en el paciente.

**1.3.4.** Si había manual de procedimientos en la alerta de un código azul, si hicieron plan de auditoría médica para el mejoramiento de la calidad sobre el caso del paciente, si se llevó a cabo comité de mortalidad donde se hallan analizado todas las complicaciones y causas de la muerte del paciente así como las fallas en la atención, constatar si todos esos proceso de obligatorio cumplimiento por las normas vigentes fueron adelantados en el caso del señor ALFONSO RODRIGUEZ (q.e.p.d), en caso positivo verificar si se hizo durante las hospitalizaciones o fue post monten.

**1.3.5.** Verificar qué investigación adelantaron las directivas de la Clínica El Bosque por el no funcionamiento del sistema de comunicación de alerta, la no asistencia en la urgencia vital al paciente, la no aparición oportuna de ningún médico que asistiera al paciente, la no prestación de los primeros auxilios al paciente por el personal de enfermería y paramédico.

#### **RESPUESTAS:**

No para cada interrogante, la Clínica el Bosque no contaba con nada de lo preguntado. Con base en la historia clínica el paciente desde las 19 horas del 9 de febrero de 2010 presenta descompensación de su estado de salud hasta llegar a estar en estado crítico a las 21 horas cuando declaran el código azul, no hubo repuesta médica.

Hay múltiples notas en la historia clínica realizadas por el enfermero jefe del servicio de hospitalización de cirugía de turno y del personal de auxiliares responsables del paciente que muestran que se intentaron comunicar telefónicamente a diferentes servicios pidiendo asistencia médica pero no lo lograron, sin embargo no hay ningún registro por parte de los mismos que al fallar en ese mecanismo acudieron a obrar con DILIGENCIA trasladando al paciente a otro servicio a recibir atención, como pudo ser la UCI, la Unidad de cuidado intermedio o a urgencias, obro el personal de enfermería como citan en algunos apartes del proceso a ser "espectadores"

Producto de la visita de auditoría se recibió el reporte de evento advero de fecha 10 de febrero de 2010 que registra: "POR RESPUESTA DE CODIGO AZUL POR MEDICO DE LA UCI (encuentra

EXPEDIENTE No: 110013331034-2011-00272-00

REPARACION DIRECTA: SENTENCIA PRIMERA INSTANCIA

al paciente muerto), NO SE HIZO LLAMADO AL MEDICO HOSPITALARIO DE TURNO EN LA NOCHE. POSIBLE CAUSA A FALTA DE EQUIPOS ADECUADOS PARA COMUNICACIONES. A FOLIO 4 DE ESTE REGISTRAN DETERIORO DEL PACIENTE EN ESCALA DE GLASGOW SIN TRATAMIENTO.

(...)

La clínica no contaba con un PROCEDIMIENTO DOCUMENTADO del sistema de alerta para código azul a pesar que era un estándar obligatorio, portanto no había socialización de fecha anterior a los hechos que estableciera el actuar en caso de urgencias vitales en los servicios de hospitalización ni para los casos en circunstancias de fuerza mayor en que se planteara el procedimiento a seguir si no se contaba con personal médico de turno en el servicio, o si este no aparecía o no era ubicado para resolver la urgencia vital en el servicio. Por tanto, el personal del servicio en mención no había sido capacitado por la clínica en el manejo del código azul por tanto no era personal idóneo, pero siendo personal titulado contaban con los conocimientos básicos dados en la formación universitaria para prestar primeros auxilios.

**CONCLUSION:**

**De acuerdo a la historia clínica la noche en mención 3 de febrero de 2010 CLINICA DEL BOSQUE no contaba con el SISTEMA DE COMUNICACIÓN DE ALERTA EFICIENTE COMO PERSONAL IDONEO EN LA ATENCION DEL CODIGO AZUL NO HUBO OPORTUNIDAD PARA LA ATENCION DE LA URGENCIA VITAL EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION DE CIRUGIA PARA EL PACIENTE ALFONSO RODRIGUEZ VELANDIA.**

**RESPUESTA:**

NO para todos los interrogantes, la CLÍNICA EL BOSQUE para la fecha de los hechos no cumplía el 100% de los estándares de procesos prioritarios ni seguimiento a riesgos de los cuales hacen parte las guías de manejo entre ellas la obligatoria que es la de anticoagulación profiláctica.

**CONCLUSION**

**La Clínica el Bosque, el 9 de febrero de 2010 no contaba con las guías de manejo de la anticoagulación profiláctica porque no las había realizado, por tanto, no había socializado sobre el tema a los funcionarios incluyendo el manejo de sus complicaciones o sobre dosificación, no hacía manual de procedimientos para reporte, seguimiento, vigilancia y control de los eventos adversos, así como sobre complicaciones terapéuticas medicamentosas.**

**RESPUESTA:**

Se presentaron más de 15 eventos adversos de los cuales solo 3 fueron reportados intra institucionalmente, de los demás no hay evidencia de reporte, y de estos 3 solo el caso del evento adverso de sobreanticoagulación tiempo después del fallecimiento de paciente se presentó en el comité de fármaco vigilancia de donde se generó un plan de mejora que fue la elaboración de un listado de signos de alarma para ser entregados a los pacientes formulados con anticoagulantes. No había ningún seguimiento de los casos de mortalidad con miras a planes de mejora, el caso se revisó en el comité técnico, pero sin hacer una evaluación seria de las debilidades y fallas presentadas. No se generó ningún plan de mejora, ni se adelantó ninguna tarea respecto a los eventos adversos.

**CONCLUSION:**

**Ninguno de los eventos adversos anunciados en el peritaje fue reportado a los organismos de vigilancia como lo ordena la norma, ni a la EPS. Solo uno de los enunciados en el peritaje (sobre anticoagulación) fue informada a la institucional, sin embargo, la administración de la Clínica El Bosque no ordenó ningún seguimiento a este o a otros eventos adversos dentro**

EXPEDIENTE No: 110013331034-2011-00272-00

REPARACION DIRECTA: SENTENCIA PRIMERA INSTANCIA

**de la hospitalización del señor Alfonso Rodríguez Velandía, ni se ordenó ninguna vigilancia especial a pesar de ser un reingreso por una complicación secundaria a un evento adverso médico. No había manual de procedimiento, vigilancia y control de los casos de mortalidad. Se realizó comité de fármaco-vigilancia para el caso de la complicación terapéutica de tipo medicamentosa y de la salida con lista de signos de alarma.**

**RESPUESTA:**

No para todos los ítems preguntados. Como mencioné en el punto anterior el caso se presentó en el comité técnico posterior al fallecimiento, no hicieron de mortalidad y presentaron el caso en el comité técnico donde no se realizó una verdadera evaluación de la calidad de la atención, ni de las causas administrativas, ni asistenciales que llevaron a la muerte del paciente, fue evidente que se llevó al comité como por cumplir con el requisito de presentación, no con miras a un plan de mejora.

**CONCLUSION:**

**Para el 9 de febrero de 2010 en la Clínica El Bosque no había manual de procedimiento en código azul, no había plan de auditoría médica para el mejoramiento de la calidad sobre el caso del paciente, no se llevó a cabo comité de mortalidad, el caso se revisó superficialmente en el comité de técnica, sin evaluar las causas de la muerte, ni las fallas, no definieron un plan de mejora, ni sistema de gestión, solo en el comité de farmacia se generó un listado de signos de alarma post-mortem.**

**RESPUESTA:**

No a todos los interrogantes, no se evidenció en el peritaje que la Clínica el Bosque hubiera iniciado investigación alguna respecto de la mortalidad evitable del señor ALFONSO RODRÍGUEZ VELANDIA ni de las causas administrativas o de la atención propiamente dichas que incluye la revisión de los eventos adversos ya que no tenía un SISTEMA DE GESTIÓN DEL EVENTO ADVERSO, que fue uno de los motivos por los cuales la Secretaría de Salud de Bogotá sancionó a la Clínica.

**CONCLUSION:**

**Las directivas y administración de la Clínica el Bosque no adelantaron ninguna investigación para el funcionamiento del sistema de comunicación de alerta, tampoco para la asistencia de la urgencia vital del paciente, ni por la no aparición oportuna de ningún médico que asistiera al paciente, ni por la prestación de los primeros auxilios al paciente por el personal de enfermería tratante del paciente”.**

Respecto del dictamen rendido por la perito Gloria Margarita Colmenares Tovar, la Fundación Clínica El Bosque y la EPS Sanitas S.A., solicitaron complementación y ampliación, como consta a folios 314 a 316 y 317 a 319 cuaderno de dictamen.

La auxiliar de la justicia presentó la aclaración y complementación visible a folios 328 a 406 del cuaderno de dictamen, pero se ratificó en las conclusiones sentadas en su trabajo inicial, sin que ninguna de sus respuestas y conclusiones sufriera cambios o modificaciones.

En audiencia llevada a cabo el 8 de abril de 2015, se recibieron los interrogatorios de parte a los representantes legales de la Fundación Salud Bosque, señora Mary Stella Duque Fernández y de la EPS Sanitas S.A. señor Gabriel Simón Arévalo Pulido (fls. 406 a 409 y 448 a 449 cuaderno No. 2, quienes no confesaron ningún hecho que resulte desfavorable a sus intereses como demandados, ni que favorezcan a su contraparte.

### **De las objeciones formuladas contra el dictamen pericial**

Tanto el apoderado de la Fundación Salud Bosque como de la EPS Sanitas S.A. objetaron por error grave el dictamen presentado por la auxiliar de la justicia Gloria Margarita Colmenares Tovar, bajo los siguientes argumentos:

El apoderado de la EPS Sanitas S.A. señaló que, en el dictamen pericial presentado, su complementación y aclaración se observa un error grave que desencadenó una experticia con un resultado sustancialmente distinto al pretendido; error este que llevó al perito a presentar un dictamen desbordado evidenciándose imparcialidad, prejuizgamiento y usurpación de las funciones de los entes de vigilancia y del Juez.

Indicó que, el perito no entró a atender las inquietudes planteadas por la parte demandante, advirtiendo además que no se indicó que la metodología utilizada por el auxiliar de la justicia para llegar a las conclusiones.

Como prueba de la objeción solicitó tener en cuenta el Dictamen rendido y la aclaración y complementación del mismo.

Por su parte, la apoderada de la Fundación Salud Bosque indicó que, el dictamen rendido por la perito adolece de error grave toda vez que, a partir de un estudio equivocado de documentos que no tiene el carácter de prueba y desconociendo las pruebas obrantes al interior del proceso (historia clínica y anexos, testimonios), afirma con grado de certeza la ocurrencia de hechos que no se dieron de la manera señalada por la perito, entre otras irregularidades.

Consideró que, no era procedente llegar a conclusiones con grado de certeza con relación al actuar de la Fundación Salud Bosque, ya que sus actuaciones reposaban en la historia clínica, documento aportado al expediente y con relación al cual solamente hace referencia, con lo relativo al código azul, llegando a una conclusión que desconoce lo contenido de ese documento, los testimonios y demás pruebas aportadas por la Clínica El Bosque. No aportó ni solicitó alguna prueba adicional a la obrante en el proceso.

Pues bien, el artículo 238 del extinto Código de Procedimiento Civil, aplicable al presente evento en virtud de la remisión normativa establecida en el artículo 267 del Decreto 01 de 1984 o Código Contencioso Administrativo, señalaba:

*Art. 238.- Modificado. Decreto 2282 de 1989, Art. 1. Num. 110. Contradicción del dictamen. Para la contradicción de la pericia se procederá así:*

- 1. Del dictamen se correrá traslado a las partes por tres días durante los cuales podrán pedir que se complemente o aclare, u objetarlo por error grave.*
- 2. Si lo considera procedente, el juez accederá a la solicitud de aclaración o adición del dictamen, y fijará a los peritos un término prudencial para ello, que no podrá exceder de diez días.*
- 3. Si durante el traslado se pide complementación o aclaración del dictamen, y además se le objeta, no se dará curso a la objeción sino después de producidas aquéllas, si fueren ordenadas.*
- 4. De la aclaración o complementación se dará traslado a las partes por tres días, durante los cuales podrán objetar el dictamen, por error grave que haya sido determinante de las conclusiones a que hubieren llegado los peritos o porque el error se haya originado en*

EXPEDIENTE No: 110013331034-2011-00272-00  
REPARACION DIRECTA: SENTENCIA PRIMERA INSTANCIA

éstas.

5. En el escrito de objeción se precisará el error y se pedirán las pruebas para demostrarlo. De aquél se dará traslado a las demás partes en la forma indicada en el artículo 108, por tres días, dentro de los cuales podrán éstas pedir pruebas. El juez decretará las que considere necesarias para resolver sobre la existencia del error, y concederá el término de diez días para practicarlas. El dictamen rendido como prueba de las objeciones no es objetable, pero dentro del término del traslado las partes podrán pedir que se complemente o aclare.

6. La objeción se decidirá en la sentencia o en el auto que resuelva el incidente dentro del cual se practicó el dictamen, salvo que la ley disponga otra cosa; el juez podrá acoger como definitivo el practicado para probar la objeción o decretar de oficio uno nuevo con distintos peritos, que será inobjetable, pero del cual se dará traslado para que las partes puedan pedir que se complemente o aclare.

7. Las partes podrán asesorarse de expertos, cuyos informes serán tenidos en cuenta por el juez, como alegaciones de ellas”.

Sobre la posibilidad de objetar dictámenes presentados en juicios de reparación por falla médica, y la valoración de las pruebas sobre el punto, el Consejo de Estado, Sección Tercera, en sentencia del 7 de febrero de 2011, con ponencia del Magistrado Orlando Santofimio Gamboa, expediente No. 66001-23-31-000-2004-00587-01 (34387), señaló:

(...) la objeción por error grave se puede formular contra los dictámenes periciales, conforme a lo establecido por el artículo 238 del C. de P. C. Desde hace un buen tiempo, la Corte Suprema de Justicia ha venido manejando como criterio para determinar cuándo el error es grave, a tenor de lo establecido en el artículo 238 del CPC, el del “error manifiesto de hecho”, esto es, aquel que “debe ser manifiesto, protuberante, además de importante cuantía si se trata de regulaciones numéricas como avalúos o respecto a un punto importante en los demás casos”. Dicha postura inicial de la Corte Suprema de Justicia, ha sido matizada por la Sala en sus precedentes, entendiéndose por error grave “... ‘una falla de entidad en el trabajo de los expertos’, de ahí que no cualquier error tenga esa connotación. Ahora bien, la prosperidad de la objeción supone que el objetante acredite las circunstancias que, su juicio, originan el error; para ello puede solicitar las pruebas que estime pertinentes o, si lo considera suficiente, limitarse a esgrimir los argumentos que fundamentan su objeción”. A lo que se agregó, en posterior precedente, que se, “... requiere la existencia de una equivocación de tal gravedad o una falla que tenga entidad de conducir a conclusiones igualmente equivocadas. Así mismo, se ha dicho que éste se contrapone a la verdad, es decir, cuando se presenta una inexactitud de identidad entre la realidad del objeto sobre el que se rinda el dictamen y la representación mental que de él haga el perito. Sin embargo, se aclara que no constituirán error grave en estos términos, las conclusiones o inferencias a que lleguen los peritos; que bien pueden adolecer de otros defectos. En otros términos, la objeción por error grave debe referirse al objeto de la peritación, y no a la conclusión de los peritos”. Recientemente, el precedente de la Sala señala que para la configuración del error grave, “... el pronunciamiento técnico impone un concepto equivocado o un juicio falso sobre la realidad, pues las bases sobre las que está concebido, además de erróneas, son de tal entidad que provocan conclusiones equivocadas en el resultado de la experticia. En consecuencia, resultan exigentes los parámetros para la calificación del error grave, quedando claro, que aún la existencia de un “error”, no significa

*automáticamente la calificación de "error grave".*

De acuerdo con la normatividad y línea jurisprudencial señaladas, no basta alegar el supuesto error grave, sino que el mismo, se debe demostrar a través de cualquiera de los medios de prueba.

En el presente evento, se trata de una responsabilidad médica, asunto que requiere precisamente de especiales conocimientos técnicos y científicos en la disciplina de la salud de los individuos de la especie humana, por lo que no cualquier persona puede analizar un evento médico y llegar a unas determinadas conclusiones acerca del manejo que se le dio o debía darse al paciente.

En ese sentido, para restarle eficacia probatoria al dictamen presentado por la perito Gloria Margarita Colmenares Tovar, quien es profesional de la medicina con especialización en Auditoría Médica y de Calidad en Salud, no bastaba con expresar la inconformidad por cuenta de los apoderados de los demandados objetantes Fundación Salud Bosque y EPS Sanitas S.A., sino que se debió además, aportar o solicitar una prueba también de carácter técnico científico, valga decir, otro dictamen o testimonios médicos, pero no lo hicieron, luego las objeciones quedan en el plano de la especulación, pues por simple lógica, si existe una prueba técnica diferente a la documental y testimonial obrante en el plenario, la forma adecuada de dejarla sin fundamento, es con otra prueba de la misma categoría que debilite los argumentos que llevaron a las conclusiones del trabajo inicial.

En el presente evento los objetantes solicitaron tener como prueba de la objeción el dictamen rendido, la aclaración y complementación del mismo, así como los testimonios rendidos en el plenario, pero no se aportó a juicio del Despacho, una prueba técnica que logre desvirtuar el trabajo objetado.

En ese sentido, las objeciones formuladas por las demandadas Fundación Salud Bosque y EPS Sanitas S.A., carecen de prueba que las sustenten, por lo que el Juzgado las rechazará.

De todas formas, no significa lo anterior que, el Juzgado esté obligado a acoger en forma completa el dictamen presentado por la citada perito Gloria Margarita Colmenares Tovar, pues el Juez como director del proceso puede y debe analizar y contrastar las pruebas recaudadas, y darles el valor que legalmente correspondan, por lo que en cumplimiento de dicha labor puede acoger algunas conclusiones de la prueba pericial y otras no, de acuerdo a la argumentación que se haga sobre cada uno de los puntos.

Para el Despacho, la valoración realizada por la perito no solo en lo atinente a la eventual falla médica en que incurrieron, sino también respecto a las deficiencias y omisiones administrativas y de incumplimiento de la normatividad sobre funcionamiento de las entidades que prestan servicios de salud a los afiliados y usuarios, deben observarse respecto de las demandadas EPS Sanitas S.A. y la Fundación Salud Bosque, quienes en realidad de una u otra forma eran las encargadas de asegurar y prestar el servicio médico asistencial al paciente Alfonso Rodríguez Velandia.

No ocurre lo mismo respecto de las demandadas Ministerio de la Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud y Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C., pues para tales entidades la responsabilidad no se edificó en la falla médica, frente a la cual la perito es idónea y tiene competencia, sino por omisión de sus funciones y deberes de

EXPEDIENTE No: 110013331034-2011-00272-00

REPARACION DIRECTA: SENTENCIA PRIMERA INSTANCIA

supervisión, vigilancia y control de los actores de la seguridad social en salud, frente a lo cual, no basta con reportarse las eventuales omisiones a través de un dictamen, sino que se deben analizar los elementos axiológicos de la responsabilidad contractual del Estado por emisión, como se hará en seguida.

Así las cosas, las conclusiones a las que llegó la perito en el dictamen presentado, no serán tenidas en cuenta respecto de las demandadas Ministerio de la Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud y Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C., por lo expuesto en líneas anteriores.

#### **De la responsabilidad de la EPS Sanitas S.A.**

La citada entidad señaló que no debía responder en el presente asunto, bajo 2 argumentos principales, el primero, que no era encargada de prestar directamente los servicios medico asistenciales a los pacientes, y el otro, que en el contrato marco de servicio asistencial en salud de condiciones uniformes celebrado con la IPS demandada, en el numeral tercero se acordó:

*“La IPS prestará los servicios de salud a los afiliados con plena autonomía científica, técnica y administrativa suya y de sus profesionales y empleados. En consecuencia la IPS asume de manera total y exclusiva la responsabilidad que se derive por calidad e idoneidad de los servicios que ella preste a los afiliados, así como la responsabilidad que pueda derivarse de los actos u omisiones tanto de los profesionales a los cuales encomiende la prestación de los servicios de salud como de su personal administrativo”.*

Es decir, que argumentó la solicitud en la llamada cláusula de indemnidad, que corresponde a un pacto privado, que en todo caso, a juicio del Juzgado, no puede ser oponible a terceros, y menos a los usuarios y afiliados del sistema de seguridad social en salud.

En efecto, las Empresas Promotoras de Salud, como lo era la EPS Sanitas S.A., por formar parte del sistema general de seguridad social en salud, estaban para la época en que ocurrieron los hechos que centran la atención del Despacho, reguladas legalmente de la siguiente manera:

#### **Ley 100 de 1993**

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

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

1. Ser delegatarias del Fondo de Solidaridad y Garantía para la captación de los aportes de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

2. Promover la afiliación de grupos de población no cubiertos actualmente por la Seguridad Social.

3. Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional. Las Empresas Promotoras de Salud tienen la obligación de aceptar a toda persona que solicite afiliación y cumpla con los requisitos de Ley.

4. Definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las Instituciones Prestadoras con las cuales haya establecido convenios o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado y su familia.

5. Remitir al Fondo de Solidaridad y Compensación la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios.

6. Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

7. Las demás que determine el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

**ARTÍCULO 227. CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE SALUD.** Es facultad del Gobierno Nacional expedir las normas relativas a la organización de un sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud, incluyendo la auditoría médica, de obligatorio desarrollo en las Entidades Promotoras de Salud, con el objeto de garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios. La información producida será de conocimiento público.

#### **Decreto 1011 de 2006**

**ARTÍCULO 26°.- RESPONSABILIDADES PARA CONTRATAR.** Para efectos de contratar la prestación de servicios de salud el contratante verificará que el prestador esté inscrito en el registro especial de prestadores de servicios de salud. Para tal efecto la Entidad Departamental y Distrital establecerá los mecanismos para suministrar esta información. Si durante la ejecución del contrato se detecta el incumplimiento de las condiciones de habilitación, el Contratante deberá informar a la Dirección Departamental o Distrital de Salud quien contará con un plazo de sesenta (60) días calendario para adoptar las medidas correspondientes. En el evento en que no se pueda mantener la habilitación la Entidad Departamental o Distrital de Salud lo informará al contratante, quien deberá abstenerse de prestar los servicios de salud con entidades no habilitadas.

**ARTÍCULO 33°.- NIVELES DE OPERACIÓN DE LA AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD.** En cada una de las entidades obligadas a desarrollar procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud, el modelo que se aplique operará en los siguientes niveles: 1. Autocontrol. Cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que éstos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización. 2. Auditoría Interna. Consiste en una evaluación sistemática realizada en la misma institución,

EXPEDIENTE No: 110013331034-2011-00272-00

REPARACION DIRECTA: SENTENCIA PRIMERA INSTANCIA

*por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiera la cultura del autocontrol. Este nivel puede estar ausente en aquellas entidades que hayan alcanzado un alto grado de desarrollo del autocontrol, de manera que éste sustituya la totalidad de las acciones que debe realizar la auditoría interna. 3. Auditoría Externa. Es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada. Su propósito es verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoría de segundo orden. Las entidades que se comporten como compradores de servicios de salud deberán desarrollar obligatoriamente la auditoría en el nivel de auditoría externa.*

**ARTÍCULO 36°.- PROCESOS DE AUDITORÍA EN LAS EAPB.** Las EAPB establecerán un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud que comprenda como mínimo, los siguientes procesos: 1. Autoevaluación de la Red de Prestadores de Servicios de Salud. La entidad evaluará sistemáticamente la suficiencia de su red, el desempeño del sistema de referencia y contrarreferencia, garantizará que todos los prestadores de su red de servicios estén habilitados y que la atención brindada se dé con las características establecidas en el artículo 3o de este decreto. 2. Atención al Usuario. La entidad evaluará sistemáticamente la satisfacción de los usuarios con respecto al ejercicio de sus derechos, al acceso, oportunidad y a la calidad de sus servicios.

**ARTÍCULO 38°.- PROCESOS DE AUDITORÍA EXTERNA DE LAS EAPB SOBRE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.** Las EAPB incorporarán en sus Programas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, procesos de auditoría externa que les permitan evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios por parte de los Prestadores de Servicios de Salud. Esta evaluación debe centrarse en aquellos procesos definidos como prioritarios y en los criterios y métodos de evaluación previamente acordados entre la entidad y el prestador y deben contemplar las características establecidas en el artículo 3o de este decreto”.

Como se aprecia, las EPS son entidades que forman parte del régimen de seguridad social en salud que tienen como principal función **organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados**, y como contraprestación reciben las cotizaciones en dinero de los afiliados y beneficiarios, las que se descuentan directamente de la nómina del trabajador o servidor en forma mensual.

Es decir, que a pesar de que las EPS no prestan directamente el servicio de salud a sus afiliados y beneficiarios, sí se encuentran legal y contractualmente obligadas a organizarlo y garantizarlo indirectamente a través de la celebración de contratos con las IPS, y a cambio reciben el valor mensual por concepto de cotización.

Es decir, que entre la EPS y el afiliado o beneficiario, existe una relación contractual (contrato de afiliación), en donde aquella se obliga a organizar y garantizar el servicio de salud, a cambio de los aportes mensuales que se le descuentan a éste. La EPS, en virtud del contrato de afiliación, y para garantizar el servicio a los beneficiarios y usuarios celebra contratos de prestación de servicios de salud con las IPS.

Sin embargo, por el hecho de que las EPS no presten directamente el servicio de salud, a juicio del Juzgado, no se exoneran de su obligación de garantizar el óptimo servicio de salud a sus afiliados y usuarios, aun cuando pacten cláusulas de indemnidad con las IPS, ya que sus funciones y reglamentación son de carácter legal, forman parte del sistema de

seguridad social en salud, y reciben una contraprestación económica por organizar y garantizar el servicio, no es gratuito.

En este sentido, se debe aplicar el mismo criterio de responsabilidad cuando una entidad pública contrata una obra o servicio, en virtud del cual, responde en la medida en que, la obra o servicio es de la entidad pública, aun cuando no lo haga en forma directa, por cuanto se constituye en una obligación solidaria, para este evento, entre la EPS y la IPS frente al afiliado o usuario del servicio de salud<sup>10</sup>.

En conclusión, en el presente evento tanto la EPS Sanitas S.A. como la Fundación Salud Bosque deben responder patrimonialmente por la falla en el servicio médico dispensado al señor Alfonso Rodríguez Velandia, de conformidad con las conclusiones a las que llegó la perito Gloria Margarita Colmenares Tovar en el dictamen presentado dentro del presente asunto, prueba técnica que evidencia que las citadas entidades incurrieron en las siguientes irregularidades en la prestación del servicio al paciente:

*- La atención no fue pertinente, no fue oportuna, no se ajustaba a lo idóneo para el caso en particular y no cumplió en ninguna de las dos hospitalizaciones con las características de calidad exigidas por las normas.*

*- La Clínica El Bosque para el 9 de febrero de 2010 no estaba cumpliendo con las condiciones de habilitación que le había sido certificadas para el servicio de hospitalización de cirugía de mediana y alta complejidad de la forma como lo ordena la norma, no había médico especialista de turno permanente ni disponible en el servicio de hospitalización de cirugía ni en su defeco médico general de turno permanente presencial en el servicio de hospitalización de cirugía, por ello el paciente Alfonso Rodríguez Velandia falleció sin atención médica.*

*- De acuerdo a la historia clínica la noche en mención 3 de febrero de 2010 la Clínica del Bosque no contaba con el sistema de comunicación de alerta eficiente como personal idóneo en la atención del código azul no hubo oportunidad para la atención de la urgencia vital en el servicio de hospitalización de cirugía para el paciente Alfonso Rodríguez Velandia.*

*- La Clínica el Bosque, el 9 de febrero de 2010 no contaba con las guías de manejo de la anticoagulación profiláctica porque no las había realizado, por tanto, no había socializado sobre el tema a los funcionarios incluyendo el manejo de sus complicaciones o sobre dosificación, no hacía manual de procedimientos para reporte, seguimiento, vigilancia y control de los eventos adversos, así como sobre complicaciones terapéuticas medicamentosas*

<sup>10</sup> Frente a la responsabilidad extracontractual deriva del contrato estatal, la jurisprudencia ha sostenido que se le puede imputar el daño al Estado, con fundamento en que cuando la administración contrata una obra pública es como si ella la ejecutara directamente. Además, es la dueña de la obra, porque afecta el patrimonio público y su realización obedece a razones del servicio público. Los pactos de indemnidad que celebre la entidad pública con el contratista, con el fin de exonerar de responsabilidad extracontractual frente a terceros por la ejecución del contrato, no son oponibles, pues esa entidad es la responsable de la obra. Aunque el contratista no se convierte en agente de la administración ni en su funcionario, es ella misma la actúa y por ende su responsabilidad es directa. A juicio de la Sala es posible demandar tanto al Estado como al contratista, con fundamento en la regla de la solidaridad del artículo 2344 del Código Civil, pues el primero es el propietario de la obra y, el segundo, el ejecutor de la misma por cuenta de aquel, de manera que concurren ambos a la causación del daño. FUENTE FORMAL: CÓDIGO CIVIL - ARTÍCULO 2344 NOTA DE RELATORÍA: Sobre la responsabilidad extracontractual derivada de un contrato de estatal, cita: Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 25 de junio de 1997, rad. 10504, C. P. Jesús María Carrillo Ballesteros; sentencia de 5 de julio de 1988, rad. 5084, C. P. Carlos Betancur Jaramillo.

EXPEDIENTE No: 110013331034-2011-00272-00  
REPARACION DIRECTA: SENTENCIA PRIMERA INSTANCIA

- Ninguno de los eventos adversos anunciados en el peritaje fue reportado a los organismos de vigilancia como lo ordena la norma, ni a la EPS. Solo uno de los enunciados en el peritaje (sobre anticoagulación) fue informada a la institucional, sin embargo, la administración de la Clínica El Bosque no ordenó ningún seguimiento a este o a otros eventos adversos dentro de la hospitalización del señor Alfonso Rodríguez Velandia, ni se ordenó ninguna vigilancia especial a pesar de ser un reingreso por una complicación secundaria a un evento adverso médico. No había manual de procedimiento, vigilancia y control de los casos de mortalidad. Se realizó comité de fármaco-vigilancia para el caso de la complicación terapéutica de tipo medicamentosa y de la salida con lista de signos de alarma.

- Para el 9 de febrero de 2010 en la Clínica El Bosque no había manual de procedimiento en código azul, no había plan de auditoría médica para el mejoramiento de la calidad sobre el caso del paciente, no se llevó a cabo comité de mortalidad, el caso se revisó superficialmente en el comité de técnica, sin evaluar las causas de la muerte, ni las fallas, no definieron un plan de mejora, ni sistema de gestión, solo en el comité de farmacia se generó un listado de signos de alarma post-mortem.

- Las directivas y administración de la Clínica el Bosque no adelantaron ninguna investigación para el funcionamiento del sistema de comunicación de alerta, tampoco para la asistencia de la urgencia vital del paciente, ni por la no aparición oportuna de ningún médico que asistiera al paciente, ni por la prestación de los primeros auxilios al paciente por el personal de enfermería tratante del paciente.

**De la responsabilidad de las demandadas Ministerio de la Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud y Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.**

Como se indicó al estudiar la legitimación en la causa por pasiva, frente al Ministerio de la Protección Social se indicó que, no ejerció la vigilancia encomendada por la Constitución y la ley, al igual que la Superintendencia Nacional de Salud, tampoco cumplió a cabalidad con la función de vigilancia y control de la EPS y las IPS que le correspondían.

Con respecto a la EPS Sanitas S.A. se sostuvo que tampoco ejerció la vigilancia y control ordenados en las resoluciones expedidas por el Gobierno Nacional, tampoco realizó auditorías externas a la IPS, ni ejerció el control de cumplimiento de condiciones de habilitación establecido en las normas legales para mantener el contrato con la Clínica El Bosque, y obró con negligencia ante la queja formulada por la familia de la víctima.

Finalmente, en lo atinente a la Secretaría Distrital de Salud, señaló que, si le fueron reportados los múltiples eventos adversos por parte de la IPS dentro de la exigencia mensual y trimestral del monitoreo de la calidad de la prestación de los servicios, y que fueron muchos los eventos de esa clase sucedidos respecto del paciente Alfonso Rodríguez Velandia, se omitió realizar la investigación respectiva, y que no cumplió con sus funciones de supervisión, vigilancia y control frente a la IPS.

En cuanto a las citadas demandadas se concluyó que, no operaba la falta de legitimación en la causa por pasiva, por cuanto no se les atribuyó falla médica, sino **omisión** en el cumplimiento de sus funciones de supervisión, vigilancia y control de los entes que conforman el sistema general de seguridad social en salud, concretamente, respecto a la Fundación Salud Bosque y la EPS Sanitas S.A.

Como el extremo activo acusó responsabilidad de las citadas demandadas por la omisión en el cumplimiento de las normas que les imponen funciones de supervisión, vigilancia y

control de las entidades que prestan el servicio de salud, y que fueron transcritas en el acápite de legitimación en la causa por pasiva, a juicio del Despacho deben desentrañarse los elementos que gobiernan esa clase de responsabilidad, pues a pesar de que todas las entidades públicas tienen establecidas legalmente unas funciones y atribuciones, en muchas ocasiones ni siquiera tienen conocimiento de que alguna persona en particular, se encuentra afectada o esté recibiendo perjuicios como consecuencia de dicha omisión.

### **De la responsabilidad patrimonial del Estado por omisión**

La Sección Tercera del Consejo de Estado ha reiterado en varios pronunciamientos que en casos en los cuales se endilga a la Administración una omisión derivada del presunto incumplimiento de las obligaciones jurídicas a su cargo, **el título de imputación aplicable es el de la falla del servicio**<sup>11</sup>. Lo anterior por cuanto si al Juez Administrativo le compete una labor de control de la acción administrativa del Estado y si la falla del servicio tiene el contenido final del incumplimiento de una obligación a su cargo, no hay duda de que es ella el mecanismo más idóneo para asentar la responsabilidad patrimonial de naturaleza extracontractual<sup>12</sup>.

Frente a supuestos en los cuales se analiza si procede declarar la responsabilidad del Estado como consecuencia de la producción de daños en cuya ocurrencia hubiere sido determinante la omisión de una autoridad pública en el cumplimiento de las funciones que el ordenamiento jurídico le ha atribuido, la Sección Tercera del Consejo de Estado ha señalado que es necesario efectuar el contraste entre el contenido obligacional que las normas pertinentes fijan para el órgano administrativo implicado, de un lado y, de otro, el grado de cumplimiento u observancia del mismo por parte de la autoridad demandada en el caso concreto. En este sentido, se ha sostenido:

*"1.- En casos como el presente, en los cuales se imputa responsabilidad a la administración por el incumplimiento o el cumplimiento defectuoso de sus obligaciones, la determinación de si el daño causado al particular tiene el carácter de daño antijurídico, depende de acreditar que la conducta de la autoridad fue inadecuada. Si el daño que se imputa a ésta se deriva del incumplimiento de un deber que legalmente le corresponde, o de su cumplimiento inadecuado, la antijuridicidad del daño surgirá entonces aquí de dicha conducta inadecuada, o lo que es lo mismo, de una FALLA EN EL SERVICIO.*

*(...).*

*2.- Para determinar si aquí se presentó o no dicha falla del servicio, debe entonces previamente establecerse cuál es el alcance de la obligación legal incumplida o cumplida inadecuadamente por la administración. Debe precisarse en qué forma debió haber cumplido el Estado con su obligación; qué era lo que a ella podía exigírsele; y, sólo si en las circunstancias concretas del caso que se estudia se establece que no obró adecuadamente, esto es, que no lo hizo como una administración diligente, su omisión podrá considerarse como causa del daño cuya reparación se pretende.*

<sup>11</sup> Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencias del 8 de marzo de 2007, Expediente No. 27.434 y del 15 de agosto de 2007. Expedientes 2002-00004-01(AG) y 2003-00385-01 (AG).

<sup>12</sup> Sentencias del 13 de julio de 1993, expediente No. 8163 y del 10 de marzo del 2011, expediente 17.738, M.P. Mauricio Fajardo Gómez.

EXPEDIENTE No: 110013331034-2011-00272-00

REPARACION DIRECTA: SENTENCIA PRIMERA INSTANCIA

*La falla de la administración, para que pueda considerarse entonces verdaderamente como causa del perjuicio y comprometa su responsabilidad, no puede ser entonces cualquier tipo de falta. Ella debe ser de tal entidad que, teniendo en cuenta las concretas circunstancias en que debía prestarse el servicio, la conducta de la administración pueda considerarse como "anormalmente deficiente".*

*No se trata entonces de determinar si el Estado tiene o no recursos para cubrir condenas, como lo afirma el recurrente. Se trata de establecer si, teniendo en cuenta la realidad concreta en la cual se presta un determinado servicio, puede considerarse que dicho servicio fue inadecuadamente prestado y dicha circunstancia así puede considerarse como la causa del daño sufrido por el demandante'.<sup>13</sup>*

(...)

*Con fundamento en lo anterior, forzoso resulta concluir que los elementos cuya concurrencia se precisa para que proceda la declaratoria de responsabilidad del Estado por omisión, son los siguientes: i) la existencia de una obligación normativamente atribuida a una entidad pública; ii) la falta de atención o la atención irregular o inoportuna de dicha obligación por parte de la Administración en el caso concreto y iii) la relación causal adecuada entre dicha omisión y la producción del daño<sup>14</sup>.*

Ahora bien, una vez se ha establecido que la entidad responsable no ha atendido el respectivo contenido obligacional o lo ha hecho de forma deficiente o defectuosa, esto es ha omitido el cabal cumplimiento de las funciones que el ordenamiento jurídico le ha asignado, resulta menester precisar si dicha falencia ha tenido, o no, relevancia jurídica dentro del proceso causal de producción del daño.

En ese orden de ideas, lo primero que se debe determinar, es si las omisiones que se le endilgan a la entidad estatal demandada, están legalmente consagradas en cabeza suya como función o atribución, pues, en caso de no estarlo, no se le podría endilgar la omisión de una actividad que no tiene la obligación observar o realizar.

Teniendo en cuenta lo anterior, se evidencia que, la parte actora procura la declaratoria de responsabilidad de las entidades demandadas Ministerio de la Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud y Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C, por la omisión en el cumplimiento de las normas que les imponían labores y funciones de supervisión, vigilancia y control de los entes que conforman el sistema general de seguridad social en salud, concretamente, respecto a la Fundación Salud Bosque y la EPS Sanitas S.A. lo que, a juicio de la actora, contribuyó a la muerte del señor Alfonso Rodríguez Velandia.

Como se analizó en líneas anteriores, frente al daño la parte actora lo hizo consistir en la muerte del paciente Alfonso Rodríguez Velandia, lo que se encuentra acreditado con el

<sup>13</sup> Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia de septiembre 11 de 1997, Radicación: 11764, Actor: Olimpo Arias Cedeño y otros, Demandados: la Nación - Ministerio de Obras, Intra y Distrito Especial de Bogotá. MP. Carlos Betancur Jaramillo.

<sup>14</sup> Consejo de Estado, Sección Tercera, Sentencia del 22 de octubre de 2015, MP Hernán Andrade Rincón, Expediente No. 33.977.

Para establecer si el daño señalado le resulta imputable a las entidades demandadas, atendiendo el criterio jurisprudencial arriba decantado, por tratarse de omisiones, se entrará al análisis de los elementos axiológicos para que se configure la responsabilidad en esos eventos, que como se dijo son: **i)** la existencia de una obligación normativamente atribuida a una entidad pública; **ii)** la falta de atención o la atención irregular o inoportuna de dicha obligación por parte de la Administración en el caso concreto y **iii)** la relación causal adecuada entre dicha omisión y la producción del daño.

#### **La existencia de una obligación normativamente atribuida a la entidad pública**

Como se indicó en el acápite de legitimación en la causa por pasiva, existían para el momento de los hechos normas jurídicas que imponían a cada una de las demandadas Ministerio de la Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud y Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C, obligaciones de supervisión, vigilancia y control de los actores del sistema de seguridad social en salud.

En ese sentido, se cumple con el primer elemento de responsabilidad tratándose de omisiones de las entidades estatales, relacionado con la existencia de una obligación normativamente atribuida a la entidad pública, por lo que se entrará al análisis de los demás elementos de responsabilidad en estos casos.

#### **La falta de atención o la atención irregular o inoportuna de dicha obligación por parte de la Administración en el caso concreto**

A primera vista, en el presente evento se cumpliría con esa exigencia jurisprudencial, por cuanto los hechos mencionados en los que se enlistaron las funciones y deberes supuestamente omitidos por cuenta del Ministerio de la Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud y Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C, contienen negaciones indefinidas que, de conformidad con lo previsto en el inciso final del artículo 167 del Código General del Proceso, no requieren de prueba; o por lo menos, la carga de la prueba en contrario la tenía su contraparte, en este caso, las citadas entidades demandadas, quienes en el presente asunto no aportaron prueba del cumplimiento de las mismas.

Sin embargo, como adelante se analizará, tampoco se cumple con el tercer elemento de prosperidad de la pretensión de responsabilidad por omisión de las entidades públicas, lo que genera la negación de las súplicas en contra de dichas entidades demandadas.

#### **Relación causal adecuada entre la omisión y la producción del daño**

De entrada, encuentra el Despacho que, no se cumple el citado requisito en el presente evento.

En efecto, la parte actora le endilgó al Ministerio de la Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud y Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. las omisiones arriba señaladas, pero no aportó al plenario copia de los requerimientos o peticiones elevadas ante cada una de las citadas entidades, con esa finalidad, luego si el Ministerio de la Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud y Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. no tenían conocimiento de cada una de las omisiones mencionadas, ni de la normatividad que a juicio de la actora, le imponía cumplir con cada una de las acciones

EXPEDIENTE No: 110013331034-2011-00272-00

REPARACION DIRECTA: SENTENCIA PRIMERA INSTANCIA

relacionadas con supervisión, vigilancia y control de las actoras de la seguridad social en salud, concretamente frente a la EPS Sanitas S.A. y a la Fundación Salud Bosque, no se puede a través de la presente acción exigir indemnización de perjuicios por eventuales omisiones de las que no tenían conocimiento para el caso particular del paciente Alfonso Rodríguez Velandia. Es decir, que con la presentación de la demanda se sorprendió a cada una de las citadas entidades sobre supuestas omisiones que nunca se les pusieron de presente respecto del citado paciente, o por lo menos, en el expediente no obra prueba al respecto.

Para que opere la responsabilidad patrimonial de las entidades públicas por omisión de sus funciones o atribuciones, considera el Juzgado que antes de presentarse la demanda debe necesariamente ponerse de presente a la entidad, para el caso particular frente al Ministerio de la Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud y Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C., cuáles normas, del caudal que las gobiernan, se omitió en un caso particular, pues de lo contrario, no se les daría la oportunidad de que obren en debida forma, y en todo caso, su inobservancia fractura el nexo causal adecuado.

En otras palabras, si a las entidades no se le puso de presente por cuenta de los interesados el incumplimiento normativo (que es general, impersonal y abstracto), para un caso particular, no puede prosperar la pretensión indemnizatoria, por omisión de las funciones y atribuciones de la entidad, por la sencilla razón de que no tenían conocimiento de las mismas.

El Despacho evidencia que, la única entidad demandada que aparentemente tenía conocimiento de alguna omisión cometida por la Fundación Salud Bosque en la atención del paciente Alfonso Rodríguez Velandia, era la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, pero contrario a lo señalado por la parte actora, la citada entidad actuó de conformidad con su competencia.

En efecto, a folios 514 a 521 C2, obra copia de la Resolución No. 0514 del 15 de junio de 2012, mediante la cual la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, por queja hecha por el señor Carlos Augusto Rodríguez Sarmiento con ocasión de la mala atención de la Fundación Salud Bosque –Clínica Universitaria El Bosque dispensada al paciente Alfonso Rodríguez Velandia, ya que consta que el ente de control adelantó la respectiva actuación administrativa que generó en contra de la citada entidad hospitalaria una sanción económica en cuantía de \$9.445.000, por la violación de varias normas que regulaban la atención idónea frente a los pacientes.

Así las cosas, se fracturó el nexo causal adecuado por cuanto el Ministerio de la Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud y ni la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C., tenían conocimiento de cada una de las omisiones mencionadas, ni de la normatividad que a juicio de la actora, le imponía cumplir con cada una de las acciones relacionadas con supervisión, vigilancia y control de las actoras de la seguridad social en salud, concretamente frente a la EPS Sanitas S.A. y a la Fundación Salud Bosque. La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C., tuvo conocimiento solamente después de la muerte del paciente, por la queja que elevó uno de sus familiares, como arriba se indicó, pero adelantó la respectiva actuación administrativa, como quedó visto.

Ahora bien, en el expediente tampoco obra prueba alguna que determine que por la omisión de las citadas demandadas en las funciones de supervisión, vigilancia y control de las entidades encargadas de dispensar la salud al paciente Alfonso Rodríguez Velandia,

hubiese ocurrido la muerte de éste, ya que, las pruebas recaudadas apuntan a que el citado falleció como consecuencia de una falla médica, que es un asunto diferente, y por cuenta de la acción y omisión de entidades diferentes al Ministerio de la Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud y Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.

En conclusión, no les asiste responsabilidad a las demandadas Ministerio de la Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud y Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C., por las omisiones endilgadas por la parte actora, por lo que se negarán las pretensiones en su contra.

### 3. Liquidación de perjuicios

Se reconocerá a los demandantes los perjuicios morales por la muerte del señor Alfonso Rodríguez Velandia, en la medida que se presume el dolor, la congoja y la tristeza en sus familiares cercanos, como lo tiene establecido la jurisprudencia del Consejo de Estado. Así mismo, se reconocerá el equivalente a 100 salarios mínimos legales mensuales a favor de cada uno de ellos, por cuanto se encuentran en el primer nivel de parentesco.

Por concepto de perjuicios materiales se pidió a favor del demandante Carlos Augusto Rodríguez Sarmiento, la suma de \$2.500.000 por concepto de pago del derechos de lote en el cementerio para su padre, más la suma de \$3.500.000 por concepto de honorarios de abogado pagados para formular denuncia penal ante la Fiscalía General de la Nación en contra del personal médico de la Fundación Salud Bosque y de la querella presentada ante el Tribunal de Ética Médica.

Los perjuicios materiales se negarán, por cuanto no se aportó prueba idónea que acredite su causación.

En efecto, para acreditar el pago de los derechos del lote en el cementerio para la víctima, se aportó el recibo de caja visible a folio 247 cuaderno de pruebas, por valor de \$2.500.000, pero allí se indicó como concepto **la cancelación de la factura No. 9734**, pero la misma no fue aportada al plenario y de conformidad con el estatuto tributario, para cualquier pago de bienes o servicios se debe emitir una factura con los requisitos legales, que en el presente evento no se aportó. El citado recibo de caja no puede suplir la factura como prueba del pago.

En lo atinente al valor solicitado por concepto de honorarios de abogado pagados por cuenta de la parte actora para formular denuncia penal ante la Fiscalía General de la Nación en contra del personal médico de la Fundación Salud Bosque y de la querella presentada ante el Tribunal de Ética Médica, encuentra el Despacho que para probar ese rubro la parte actora allegó el siguiente elemento de prueba:

Certificación del 10 de marzo de 2010, suscrita por el abogado Carlos Iván Mariño Hernández, en la que señala que recibió de Carlos Augusto Rodríguez la suma de \$3.500.000, por concepto de honorarios de abogado para la realización de la denuncia penal ante la Fiscalía General de la Nación contra los funcionarios de la Fundación Salud Bosque, por la querella contra los mismos funcionarios por la querella realizada ante el Tribunal de Ética Médica y por la realización de la queja ante la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (fl. 249 cuaderno de pruebas).

Como se aprecia, se aportó la citada prueba para acreditar la prestación del servicio y del



EXPEDIENTE No: 110013331034-2011-00272-00

REPARACION DIRECTA: SENTENCIA PRIMERA INSTANCIA

pago de los honorarios, sin embargo, se extraña en el proceso factura o documento equivalente en los términos exigidos en la ley, para que sea procedente el pago. Tampoco se aportó copia del respectivo contrato de prestación de servicios profesionales. En consecuencia, ante el no cumplimiento de lo establecido en los términos del artículo 615 del Estatuto Tributario, esta pretensión deberá despacharse desfavorablemente.

Lo anterior por cuanto el artículo 615 del Estatuto Tributario dispone que las **personas que ejercen profesionales liberales**, es decir, profesiones en las cuales "... **predomina el ejercicio del intelecto**, que han sido reconocidas por el Estado y para cuyo ejercicio se requiere la habilitación a través de un título académico", **están** obligadas a "... expedir factura o documento equivalente, y conservar copia de la misma por cada una de las operaciones **que realicen**, independientemente de su calidad de contribuyentes o no contribuyentes de los impuestos administrados por la Dirección General de Impuestos Nacionales".

En virtud de lo anterior, debe entenderse que, como el **derecho es una profesión liberal, quienes lo ejercen están obligadas a expedir la respectiva factura o su documento equivalente** (el cual debe satisfacer los requisitos previstos en el artículo 617 del mismo estatuto<sup>15</sup>); por tanto, si los abogados están obligados a expedir una factura por el valor de sus honorarios profesionales, es dable concluir que ésta es la prueba idónea del pago, por lo que se negará el daño solicitado.

Se solicitaron perjuicios por daño a la vida de relación, causado a la demandante Margarita Sarmiento de Rodríguez, por la muerte de su esposo Alfonso Rodríguez Velandia, en cuantía equivalente a 200 salarios mínimos legales mensuales vigentes.

---

<sup>15</sup> "ARTICULO 617. REQUISITOS DE LA FACTURA DE VENTA: Para efectos tributarios, la expedición de factura a que se refiere el artículo 615 consiste en entregar el original de la misma, con el lleno de los siguientes requisitos:

"a. Estar denominada expresamente como factura de venta.

"b. Apellidos y nombre o razón (sic) y NIT del vendedor o de quien presta el servicio.

"c. Apellidos y nombre o razón social y NIT del adquirente de los bienes o servicios, junto con la discriminación del IVA pagado.

"d. Llevar un número que corresponda a un sistema de numeración consecutiva de facturas de venta.

"e. Fecha de su expedición.

"f. Descripción específica o genérica de los artículos vendidos o servicios prestados.

"g. Valor total de la operación.

"h. El nombre o razón social y el NIT del impresor de la factura.

"i. Indicar la calidad de retenedor del impuesto sobre las ventas".



En relación con el perjuicio inmaterial derivado del daño a la vida de relación conocido inicialmente como perjuicio fisiológico, psicológico o a la salud, cabe recordar que la indemnización se encamina a la reparación de cualquier lesión o afectación a la integridad psicofísica, la cual se compone de los ámbitos físico, psicológico o sexual, de tal forma que siempre que el daño consista en una lesión a la salud, será procedente determinar el grado de afectación, para así establecer la indemnización por ese aspecto.<sup>16</sup>

La indemnización, está sujeta a lo probado en el proceso, única y exclusivamente para la víctima directa, de acuerdo con la gravedad de la lesión, debidamente motivada y razonada. En el expediente no obra prueba alguna que acredite que, por el hecho de la muerte del señor Alfonso Rodríguez Velandia, hubiese resultado afectada la demandante Margarita Sarmiento de Rodríguez, y esa clase de perjuicio inmaterial, como lo tiene sentado la jurisprudencia del Consejo de Estado, es diferente al daño moral, pero no se presume sino que debe estar debidamente demostrado en el proceso, lo que no ocurre en el presente evento, por lo que se negará.

#### 4. Solución al problema jurídico

El problema jurídico planteado, se resolverá de la siguiente manera: en primer lugar se declarará impróspera la excepción de falta de legitimación en la causa por pasiva formuladas por las demandadas Ministerio de la Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud y Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Se rechazará la objeción por error grave formuladas por las demandadas Fundación Salud Bosque y EPS Sanitas S.A. contra el dictamen presentado por la auxiliar de la justicia. Se declarará la responsabilidad patrimonial de las demandadas Fundación Salud Bosque y EPS Sanitas S.A., por la muerte del paciente Alfonso Rodríguez Velandia.

#### VI. DECISIÓN:

En consecuencia, **el Juzgado Sesenta y Cinco Administrativo de Oralidad del Circuito Judicial de Bogotá**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

#### RESUELVE:

**PRIMERO: DECLARAR** impróspera y no probada la excepción de Falta de Legitimación en la Causa por Pasiva alegada por las demandadas **Ministerio de la Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud y Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.**, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva.

**SEGUNDO: RECHAZAR** las objeciones por error grave formuladas por las demandadas **Fundación Salud Bosque y EPS Sanitas S.A.**, contra el dictamen presentado por la auxiliar de la justicia, de conformidad con lo señalado en la parte motiva.

**TERCERO: DECLARAR** la responsabilidad patrimonial y solidaria de las demandadas **Fundación Salud Bosque y EPS Sanitas S.A.**, por la falla en el servicio que generó la muerte del paciente Alfonso Rodríguez Velandia, por lo expuesto en la parte motiva.

<sup>16</sup> Consejo de Estado, Sección Tercera, Sentencia de Unificación de 28 de agosto de 2014, MP. Enrique Gil Botero, Expediente 31170, y Consejo de Estado, Sección Tercera, Sentencia de Unificación de 28 de agosto de 2014, MP. Olga Mélida Valle de la Hoz, Expediente 31172.

EXPEDIENTE No: 110013331034-2011-00272-00  
REPARACION DIRECTA: SENTENCIA PRIMERA INSTANCIA

**CUARTO:** En consecuencia, **CONDENAR** a **Fundación Salud Bosque y EPS Sanitas S.A.** a pagar a los siguientes demandantes los siguientes valores, por concepto de perjuicios morales:

- Para **Oscar Humberto Rodríguez Sarmiento, Carlos Augusto Rodríguez Sarmiento, Alfonso Rodríguez Sarmiento, Nicolás Rodríguez Pedraza, Margarita Sarmiento de Rodríguez y Germán Orlando Rodríguez Sarmiento**, el equivalente en pesos a cien (100) salarios mínimos legales mensuales vigentes a la fecha de la presente sentencia, para cada uno.

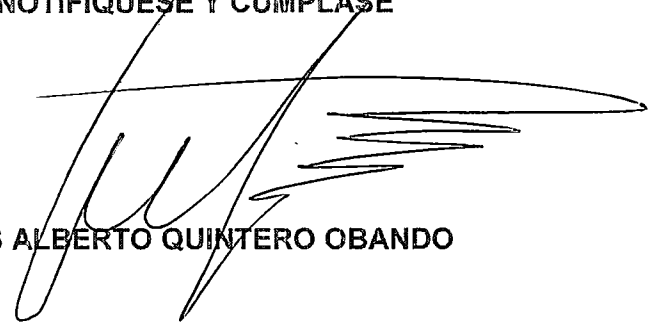
**QUINTO:** **NEGAR** las demás pretensiones de la demanda, y frente a los demás demandados, por las consideraciones sentadas en la parte motiva.

**SEXTO:** La presente sentencia se notificará de conformidad con lo establecido en el artículo 295 del CGP.

**SEPTIMO:** Contra la presente sentencia procede recurso de apelación, dentro de los diez (10) días siguientes a su notificación, de conformidad con el artículo 67 de la Ley 1395

**OCTAVO:** **DEVOLVER** a favor de la parte actora, los remanentes de los gastos ordinarios del proceso, si los hubiere.

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE**



**LUIS ALBERTO QUINTERO OBANDO**