



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

Bogotá D.C., 23 de septiembre de dos mil veintiuno (2021)

JUEZ :	LUIS ALBERTO QUINTERO OBANDO
Ref. Expediente :	110013331038-2011-00320-00
Demandante :	José Manuel Sánchez Gama y otro
Demandado :	Nación –Ministerio de Educación Nacional –Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio y otros

**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, el señor **José Manuel Sánchez Gama**, quien actúa en nombre propio y en representación de su menor hijo **Juan Nicolás Sánchez Rodríguez**, presentó demanda en ejercicio del medio de control de reparación directa, en contra de la **Nación –Ministerio de Educación Nacional, Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio –Fiduciaria La Previsora S.A., Médicos Asociados S.A.-Clínica Fundadores y Clínica Santa Ana Ltda**, a efectos de que se les declare responsables por la falla médica que causó la muerte de la señora **Saira Janeth Rodríguez Manjarres**, ocurrida el 7 de mayo de 2009.

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

Perjuicios morales

-. El equivalente a 500 salarios mínimos legales mensuales vigentes para cada uno de los demandantes **José Samuel Sánchez Gama** y **Juan Nicolás Sánchez Rodríguez**.

Perjuicios materiales

-. La suma de \$28.994.616,20 para cada uno de los demandantes **José Samuel Sánchez Gama** y **Juan Nicolás Sánchez Rodríguez**, por concepto de lucro cesante consolidado más

EXPEDIENTE No: 110013331038-2011-00320-00
REPARACION DIRECTA: SENTENCIA PRIMERA INSTANCIA

la suma que arroje el lucro cesante futuro, teniendo en cuenta las bases indicadas en el libelo y las fórmulas de matemática financiera.

2.1. Hechos de la demanda

-. El apoderado de la parte actora señaló que, la señora Saira Yaneth Rodríguez Manjares contrajo matrimonio con el señor José Samuel Sánchez Gama el 29 de junio de 2002, y de esa unión nació el menor Juan Nicolás Sánchez Rodríguez.

-. La señora Saira Yaneth Rodríguez Manjarres laboró como docente al servicio del Departamento de Cundinamarca, desde el 8 de marzo de 2004, por lo que se encontraba afiliada al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, el que era administrado por la Fiduciaria La Previsora S.A., entidad que para la prestación del servicio médico de los docentes contrató con la sociedad Médicos Asociados S.A.

-. La señora Saira Yaneth Rodríguez Manjarres acudió el 20 de abril de 2009 a la Clínica Santa Ana por presentar síntomas de fiebre, dolor de estómago y diarrea, diagnosticándosele por el médico diarrea, lipotimia y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, le ordenó algunos medicamentos y le dio salida el mismo día.

-. Indicó que, la paciente en su residencia alcanzó a tomar una sola dosis de los medicamentos ordenados, pero siguió con fiebre y diarrea toda la madrugada del 21 de abril de 2009, por lo que nuevamente se trasladó a la Clínica Santa Ana en horas de la tarde.

Señaló que, en esa ocasión se valoró a la paciente, quien presentó dificultad respiratoria, hipotensión, oliguria, fiebre sin mejoría a pesar de los líquidos endovenosos, también presentó leucocitosis leve, bilirrubinas elevadas, deshidratación severa, pero no se le descartó como era lo indicado, entre otras, un shock séptico de origen urológico, pancreatitis, litiasis biliar o apendicitis, mediante pruebas de función hepática, así como complementar o definir el origen de la infección.

-. A las 4 y 50 de la tarde de ese día iniciaron el proceso de remisión a la Clínica Fundadores de la ciudad de Bogotá, pero solo se concretó hasta las 10:00 p.m. ingresando por urgencias, donde fue valorada la paciente en reanimación con taquipnea e hipoperfundida.

-. Se remitió a la paciente a cuidados intensivos por presentar una disfunción multiorgánica, donde se sospechó que el foco podía ser de carácter ginecológico por sus antecedentes. A las 10:00 de la noche del 22 de abril de 2009 se comunicaron con el esposo de la paciente señor José Samuel Sánchez para que autorizara la práctica de una intervención quirúrgica, pero cuando llegó a la Clínica ya le habían realizado la cirugía encontrándose en estado bastante crítico.

-. Adujo que, la señora Saira Yaneth Rodríguez Manjarres falleció el 7 de mayo de 2009,

siendo mal valorada por quienes la atendieron inicialmente, en urgencias, sin recibir atención y tratamiento oportunos, pues terminó con amputación bilateral de sus miembros inferiores a nivel supracondílea.

- Expuso que, en la historia clínica no aparece tampoco interconsulta con nefrología para dar manejo integral a la falla renal.

- Para la fecha de la muerte, la señora Saira Yaneth Rodríguez Manjarres se encontraba escalafonada en el Grado 2 A, con una asignación total promedio de \$1.370.685,36.

2.2. Contestación de la demanda

2.2.1.- Médicos Asociados S.A.

La entidad se pronunció frente a la demanda, contestando cada uno de los hechos y oponiéndose a las pretensiones formuladas.

Adujo que, la entidad demandada le prestó a la paciente todos los servicios necesarios en aras de establecer y controlar la patología que presentaba, realizándole entre otros, exámenes especializados como la ecografía abdominal, rayos x de tórax, pruebas de hemocultivos (para determinar la existencia de infecciones), urocultivos, pruebas contra brucelosis, tifoidea y hemogramas. Que la paciente fue atendida con todos los protocolos, valorada por médicos especialistas idóneos, se le practicaron pruebas diagnósticas, exámenes paraclínicos, asistencia de enfermería con medicación pertinente, y acceso a la unidad de cuidado intensivo.

Señaló que, pese a todos los esfuerzos realizados, la amputación de los miembros de la paciente no obedeció a la carencia de un tratamiento acertado, sino a una coagulación vascular diseminada, como consecuencia del shock séptico que padecía, cuya causa fue imposible de determinar.

Indicó que, a pesar de la imposibilidad de diagnóstico, la muerte de la paciente como desenlace no obedeció a nada distinto a una causa extraña, pues como lo denotaba la historia clínica, a partir de la sintomatología presentada se realizaron los exámenes que fueron descartando el posible origen de la falla sistémica, pero no por ello se limitó el servicio, sino que todo lo contrario, se dispuso de todo aquello que fuera necesario para procurar la recuperación y el restablecimiento de salud de la paciente.

Formuló las siguientes excepciones de mérito:

- La práctica médica es una obligación de medio y no de resultado

Señaló que, la atención que se le brindó a la paciente Saira Yaneth Rodríguez Manjarres era de medio y no de resultado, por cuanto de conformidad con la praxis de la ciencia médica, en la actividad diagnóstica y terapéutica (entendiendo por ésta el tratamiento de la enfermedad), se previno lo que era previsible, sin que pudiera en modo alguno imponerse el deber de curar a la paciente, pues no siempre era posible diagnosticar, y aun cuando se trataran las afecciones del paciente, la reacción de estos a los tratamientos adecuados y

EXPEDIENTE No: 110013331038-2011-00320-00
REPARACION DIRECTA: SENTENCIA PRIMERA INSTANCIA

recomendados por la comunidad científica, podían tener o no reacción favorable.

-. Pericia diligencia y cuidado en la atención intrahospitalaria

Adujo que, la entidad realizó todo cuanto era posible y prevenible hacer, conforme a las situaciones que se iban presentando, a la lex artis, y en todo cuanto la ciencia médica indicaba como posibles diagnósticos que se fueron descartando rápida y paulatinamente, sin que con ello se identificaran las causas de la falla sistémica, que finalmente desencadenó en la muerte de la paciente.

-. Inexistencia de nexo causal entre el hecho y el presunto daño

Sostuvo que, la muerte de la señora Saira Yaneth Rodríguez Manjarres no se le podía imputar a una acción u omisión de Médicos Asociados S.A., por lo tanto, no se configuró el nexo causal indispensable para declarar la responsabilidad contra la demandada.

-. Eximente de responsabilidad causa extraña consistente en una fuerza mayor

Señaló que, Médicos Asociados S.A. dispuso de todo cuanto estaba a su alcance para procurar la diagnosis oportuna y acertada, a través de sus profesionales de la salud, su personal asistencial y su infraestructura tecnológica, sin que con ello hubiese podido evitar la falla clínica presentada por la paciente que la llevó a su deceso.

Que el cuerpo científico de la Clínica Fundadores sugirió realizar la necropsia a fin de establecer las verdaderas causas que llevaron al colapso sistémico de la paciente, pero no se contó con la autorización de los familiares, por lo que en la actualidad se desconoce la causa del fallecimiento de la señora Saira Yaneth Rodríguez Manjarres, a pesar de todo el esfuerzo realizado con esa finalidad, por lo que la imposibilidad de diagnóstico revelaba un hecho de la naturaleza que no permitió su detección, por lo que se estructuraba una causa extraña.

-. Inexistencia de la obligación de indemnizar

Indicó que, en el presente evento no se estructuró el nexo causal en contra de la demandada, pues la misma no faltó a su deber de cuidado o diligencia, por lo que no había lugar a indemnizar ninguna clase de perjuicio.

2.2.2.- Clínica Santa Ana Ltda

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.

Formuló como excepciones de mérito las siguientes:

-. Ausencia de culpa de la Clínica Santa Ana Ltda

Sostuvo que, la entidad ajustó su comportamiento a la Ley 23 de 1981 por cuanto cuidó a la paciente dándole no solo su mejor atención desde el primer momento, sino que propendió por su bienestar y recuperación. Se escuchó a la paciente, se le auscultó, se valoró medicamente, se fijó la impresión diagnóstica, se ordenaron exámenes de

laboratorio adecuados y pertinentes con estado clínico, se interpretaron los mismos y se fijaron las conductas médicas a seguir para atacar el estado gastrointestinal afectado, se dieron las recomendaciones y se hizo todo cuanto estuvo a su alcance para revertir el estado de salud. Finalmente, ante el deterioro de la salud de la paciente, se envió a nivel superior para que recibiera la atención adecuada.

-. Causa extraña

Señaló que, pese a remitirse a la paciente a una clínica de mayor nivel y complejidad, no se pudo determinar la causa de su deceso ni el origen de su enfermedad, además, la causa de la muerte fue absolutamente extraña, añadiendo a ello la falta de necropsia, que hubiese arrojado luces sobre la patología. Que mal haría endilgarle responsabilidad a la Clínica cuando ni siquiera se sabe a ciencia cierta qué aconteció.

-. Inexistencia de nexo causal

Expuso que, no existía prueba que acreditara nexo causal entre la actuación de la Clínica Santa Ana Ltda y el presunto daño endilgado por la parte actora.

Que entre el actuar de la clínica y el resultado final pudieron existir múltiples factores, pero en todo caso, ajenos a dicha entidad por cuanto la paciente falleció en otro centro hospitalario de mayor nivel de complejidad.

Indicó que, de todas formas se siguió un derrotero médico respetable y adecuado que no necesariamente mostraba continuidad con las afecciones que padecía en la Clínica de menor nivel, ya que en la Clínica Fundadores se diseminó en otras conductas médicas dado el estado de salud de la señora Saira Yaneth Rodríguez Manjarres, por lo que no se le podía endilgar responsabilidad alguna por su muerte.

Las demandadas **Nación –Ministerio de Educación Nacional y el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio –Fiduciaria La Previsora S.A.**, a pesar de estar debidamente notificadas, no contestaron la demanda.

2.3. Trámite procesal

La presente demanda fue radicada ante el Tribunal Administrativo de Cundinamarca el 15 de junio de 2011, como consta a folio 14 C1.

Mediante providencia del 10 de agosto 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. 17-18 C1).

Mediante auto del 20 de enero de 2012, se dispuso la admisión de la demanda por cuenta del Juzgado 38 Administrativo de Bogotá, a quien se le repartió la misma (fl. 46 C1).

Las demandadas se notificaron en legal forma, como consta a folios 48 a 63 y 71 C1.

A través de providencia del 9 de septiembre de 2014, se abrió el proceso a pruebas (fls. 244 a 252 C1).

EXPEDIENTE No: 110013331038-2011-00320-00
REPARACION DIRECTA: SENTENCIA PRIMERA INSTANCIA

La demandada Médicos Asociados S.A. llamó en garantía a la Compañía Aseguradora de Fianzas S.A. Confianza S.A., mientras que la Clínica Santa Ana Ltda llamó en garantía a la Previsora S.A. Compañía de Seguros, pero mediante la misma providencia del 9 de septiembre de 2014, se declaró sin efecto los llamamientos de las aseguradoras y se dispuso continuar con el proceso sin intervención de las mismas.

Mediante providencia del 1ª de diciembre 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.- Médicos Asociados S.A.

Mediante correo electrónico del 12 de enero de 2021, 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 las pruebas recaudadas dentro del plenario, haciendo énfasis en los testimonios médicos rendidos dentro del proceso. Seguidamente se refirió a otras pruebas de carácter documental.

Indicó que, de conformidad con el material probatorio recaudado, se evidenciaba que la atención brindada a la paciente Saira Yaneth Rodríguez Manjarres en la Clínica Fundadores de propiedad de la sociedad Médicos Asociados S.A., fue oportuna y sustentada en los exámenes antecedentes y conceptos de personal médico especialista, sin que se negara servicio alguno a la usuaria.

Adujo que, dadas las condiciones de deterioro de ingreso de la paciente y que fueron descritas por el testigo Rodrigo Fernando Córdoba Villaquirán, hacían presagiar una evolución tórpida, no obstante los esfuerzos del personal médico para lograr estabilizar a la paciente, quien finalmente falleció.

Recalcó que, del material probatorio no podía establecerse una falla o negación del servicio de salud, tampoco error de diagnóstico ni falla en el manejo de la paciente, negligencia o impericia del personal que la atendió. Tampoco se encontraba acreditada la relación existente entre el hecho dañoso y la culpa, por lo que no estaba acreditado el nexo causal.

La parte demandante y las demás demandadas no presentaron alegatos de conclusión.

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 a la paciente Saira Yaneth Rodríguez Manjarres, que se dice, desencadenó en su muerte.

2.3.- Legitimación en la causa

Respecto de la legitimación en la causa, la jurisprudencia¹ 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, hablándose de legitimación de hecho la que surge de la simple alegación de tal calidad en la

¹ 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: 110013331038-2011-00320-00
REPARACION DIRECTA: SENTENCIA PRIMERA INSTANCIA

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 José Manuel Sánchez Gama, quien actúa en nombre propio y en representación de su menor hijo Juan Nicolás Sánchez Rodríguez, se encuentran legitimados por activa en calidad de cónyuge e hijo de la víctima Saira Yaneth Rodríguez Manjarres, de acuerdo con la copia del registro civil de matrimonio visible a folio 4 y registro civil de nacimiento visible a folio 7 C 2, donde se constata que José Manuel Sánchez Gama y la víctima Saira Yaneth Rodríguez Manjarres contrajeron matrimonio por el rito católico el 29 de junio de 2002, y que el menor Juan Nicolás Sánchez Rodríguez es hijo en común de los citados.

2.3.2. Legitimación en la causa por pasiva

Se demandó entre otros a la **Nación –Ministerio de Educación Nacional, Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio –Fiduciaria La Previsora S.A.**, según se indicó, por la falla médica que causó la muerte de la señora Saira Janeth Rodríguez Manjarres, ocurrida el 7 de mayo de 2009.

Entre las acciones y omisiones endilgadas a la parte demandada en general, se indicó que, la paciente acudió a las entidades hospitalarias el 20 de abril de 2009, por presentar fiebre, dolor de estómago y diarrea, pero la atención fue deficiente por cuanto, no se le descartó como era lo indicado, entre otras, un shock séptico de origen urológico, pancreatitis, litiasis biliar o apendicitis, mediante pruebas de función hepática, ni se definió el origen de la infección. Que la paciente fue mal valorada por quienes la atendieron inicialmente en urgencias, pues no recibió atención ni tratamiento oportunos, ya que terminó con amputación bilateral de sus miembros inferiores a nivel supracondílea.

Pues bien, el Decreto 1306 del 17 de abril de 2009 mediante el cual se modificó la estructura del Ministerio de Educación Nacional y se determinaron las funciones de sus dependencias, norma vigente para el momento de los hechos que centran la atención del Juzgado, señalaba:

"Artículo 1°. Objetivo. El Ministerio de Educación Nacional, tendrá como objetivos los siguientes:

- 1.1. Establecer las políticas y los lineamientos para dotar el sector educativo de un servicio de calidad con acceso equitativo y con permanencia en el sistema.
- 1.2. Diseñar estándares que definan el nivel fundamental de calidad de la educación que garantice la formación de las personas en convivencia pacífica, participación y responsabilidad democrática, así como en valoración e integración de las diferencias para una cultura de derechos humanos y ciudadanía en la práctica del trabajo y la recreación para lograr el mejoramiento social, cultural, científico y la protección del ambiente.
- 1.3. Garantizar y promover, por parte del Estado, a través de políticas públicas, el derecho y el acceso a un sistema educativo público sostenible que asegure la calidad y la pertinencia en condiciones de inclusión, así como la permanencia en el mismo, en todos los niveles: preescolar, básica, medio y superior.
- 1.4. Generar directrices, efectuar seguimiento y apoyar a las entidades territoriales para una adecuada gestión de los recursos humanos del sector educativo, en función de las políticas nacionales de ampliación de cobertura, mejoramiento de la calidad y la eficiencia del servicio educativo y la pertinencia.
- 1.5. Orientar la educación superior en el marco de la autonomía universitaria, garantizando el acceso con equidad a los ciudadanos colombianos, fomentando la calidad académica, la operación del sistema de aseguramiento de la calidad, la pertinencia de los programas, la evaluación permanente y sistemática, la eficiencia y transparencia de la gestión para facilitar la modernización de las Instituciones de Educación Superior e implementar un modelo administrativo por resultados y la asignación de recursos con racionalidad de los mismos.
- 1.6. Velar por la calidad de la educación, mediante el ejercicio de las funciones de regulación, inspección, vigilancia y evaluación, con el fin de lograr la formación moral, espiritual, afectiva, intelectual y física de los colombianos.
- 1.7. Implementar mecanismos de descentralización, dotando el sector de los elementos que apoyen la ejecución de las estrategias y metas de cobertura, calidad y eficiencia.
- 1.8. Propiciar el uso pedagógico de medios de comunicación como por ejemplo radio, televisión e impresos, nuevas tecnologías de la información y la comunicación, en las instituciones educativas para mejorar la calidad del sistema educativo y la competitividad de los estudiantes del país.
- 1.9. Establecer e implementar el Sistema Integrado de Gestión de Calidad- SIG, articulando los procesos y servicios del Ministerio de Educación Nacional, de manera armónica y complementaria a los distintos componentes de los sistemas de gestión de la calidad, de control interno y de desarrollo administrativo, con el fin de garantizar la eficiencia, eficacia, transparencia y efectividad en el cumplimiento de los objetivos y fines sociales de la educación.

Artículo 2°. - Funciones. Corresponde al Ministerio de Educación Nacional cumplir, además de las funciones señaladas por la ley, las siguientes:

- 2.1. Formular la política nacional de educación, regular y establecer los criterios y parámetros técnicos cualitativos que contribuyan al mejoramiento del acceso, calidad y equidad de la educación, en todos sus niveles y modalidades.
- 2.2. Preparar y proponer los planes de desarrollo del Sector, en especial el Plan Nacional de Desarrollo Educativo, convocando los entes territoriales, las instituciones educativas y la sociedad en general, de manera que se atiendan las necesidades del desarrollo económico y social del país.
- 2.3. Dictar las normas para la organización y los criterios pedagógicos y técnicos para las diferentes modalidades de prestación del servicio educativo, que orienten la educación en los niveles de preescolar, básica, media y superior.
- 2.4. Asesorar a los Departamentos, Municipios y Distritos en los aspectos relacionados con la educación, de conformidad con los principios de subsidiaridad, en los términos que defina la ley.
- 2.5. Impulsar, coordinar y financiar programas nacionales de mejoramiento educativo que se determinen en el Plan Nacional de Desarrollo.
- 2.6. Velar por el cumplimiento de la ley y los reglamentos que rigen al Sector y sus actividades.
- 2.7. Evaluar, en forma permanente, la prestación del servicio educativo y divulgar sus resultados para mantener informada a la comunidad sobre la calidad de la educación.
- 2.8. Dirigir la actividad administrativa del Sector y coordinar los programas intersectoriales.
- 2.9. Dirigir el Sistema Nacional de Información Educativa y los Sistemas Nacionales de Acreditación y de Evaluación de la Educación.
- 2.10. Coordinar todas las acciones educativas del Estado y de quienes presten el servicio público de la educación en todo el territorio nacional, con la colaboración de sus entidades adscritas, de las entidades territoriales y de la comunidad educativa.
- 2.11. Apoyar los procesos de autonomía local e institucional, mediante la formulación de lineamientos generales e indicadores para la supervisión y control de la gestión administrativa y pedagógica.
- 2.12. Propiciar la participación de los medios de comunicación en los procesos de educación integral permanente.
- 2.13. Promover y gestionar la cooperación internacional en todos los aspectos que interesen al Sector, de conformidad con los lineamientos del Ministerio de Relaciones Exteriores.
- 2.14. Suspender la capacidad legal de las autoridades territoriales para la administración del servicio público educativo y designar de forma temporal un administrador especial de acuerdo con lo establecido en el artículo 30 de la ley 715 de 2001.
- 2.15. Dirigir el proceso de evaluación de la calidad de la educación superior para su funcionamiento.

- 2.16. Formular la política y adelantar los procesos de convalidación de títulos otorgados por Instituciones de Educación Superior extranjeras.
- 2.17. Formular políticas para el fomento de la Educación Superior.
- 2.18. Las demás que le sean asignadas.

Artículo 3ª Dirección. La Dirección del Ministerio de Educación Nacional estará a cargo del Ministro, quién la ejercerá con la inmediata colaboración de los Viceministros”.

Como se aprecia, dentro de las funciones y atribuciones del Ministerio de Educación Nacional, no estaba la de prestar el servicio médico asistencial a los docentes. Su objeto y funciones se relacionan directamente con el ramo de la educación tanto pública como privada, pero en nada se relaciona con la prestación del servicio de salud.

Por su parte, el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio (Fomag) se creó mediante la Ley 91 de 1989, *“como una cuenta especial de la Nación, con independencia patrimonial, contable y estadística, sin personería jurídica, cuyos recursos [son] manejados por una entidad fiduciaria estatal o de economía mixta, en la cual el Estado tenga más del 90% del capital”*². La entidad fiduciaria encargada de administrar los recursos de dicho fondo y de contratar con las IPS que prestan los servicios de salud es Fiduprevisora S.A.

El artículo 5, numeral 2 de la citada norma establece que el Fomag es el encargado de “garantizar la prestación de los servicios médico asistenciales, que contratará con entidades de acuerdo con instrucciones que imparta el Consejo Directivo del Fondo”, quien debe analizar y recomendar a Fiduprevisora S.A. las entidades con las cuales celebrará los contratos para la prestación de servicios de salud.

El Consejo Directivo del Fondo, además de ello, es el encargado de determinar (i) las políticas generales de administración e inversión de los recursos del Fondo; (ii) la destinación de los recursos y el orden de prioridad conforme al cual serán atendidas las prestaciones sociales frente a la disponibilidad financiera del mismo y, por último, (iv) revisar el presupuesto anual de ingresos y gastos del Fondo y remitirlo al Gobierno Nacional para efecto de adelantar el trámite de su aprobación³.

Así le corresponde a la Junta Directiva del Fondo fijar las directrices de contratación de los servicios de salud por parte de la fiduciaria, según lo establece el artículo 5 numeral 2 de la Ley 91 de 1989 antes citado, así como el artículo 7 ibídem, según el cual:

“Artículo 7o. El Consejo Directivo del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio tendrá las siguientes funciones:

² Artículo 3 de la Ley 91 de 1989

³ Artículo 7 ibídem.

EXPEDIENTE No: 110013331038-2011-00320-00
REPARACION DIRECTA: SENTENCIA PRIMERA INSTANCIA

1. *Determinar las políticas generales de administración e inversión de los recursos del Fondo, velando siempre por su seguridad, adecuado manejo y óptimo rendimiento.*
2. *Analizar y recomendar las entidades con las cuales celebrará los contratos para el funcionamiento del Fondo.*
3. *Velar por el cumplimiento y correcto desarrollo de los objetivos del Fondo (...)."*

De acuerdo con lo anterior, se puede concluir lo siguiente:

- Corresponde al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio garantizar la prestación de los servicios médico-asistenciales a las personas afiliadas a dicho fondo.
- Las personas vinculadas al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio (docentes y pensionados), reciben a través de éste y no del régimen general de la Ley 100 de 1993, el servicio de seguridad social en salud, con los estándares y el régimen de beneficios establecido para ellos.
- Su afiliación y cotizaciones a ese Fondo es obligatoria y sustituye aquélla a la que la generalidad de trabajadores y personas con capacidad de pago está obligado por virtud de la Ley 100 de 1993⁴ y el Decreto Legislativo 131 de 2010⁵, en relación con el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Por lo mismo, los afiliados del Fondo no se afilian a las EPS, en tanto que recibe los servicios de salud a través de las entidades contratadas para ese efecto por parte de la fiduciaria que administra dicho fondo.

De otra parte, la Fiduciaria la Previsora S.A.- Fiduprevisora S.A. no es una EPS ni una IPS, y por ende, tampoco tiene como función u obligación la de prestar el servicio de salud al personal docente. Solamente actúa en calidad de administradora y vocera del Patrimonio Autónomo Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio, en virtud de la celebración del contrato No. 1122-17-08 vigente para el momento de la ocurrencia de los hechos que centran la atención del Despacho.

⁴ "Artículo. 203.-Afiliados y beneficiarios. Serán afiliados obligatorios al régimen contributivo los afiliados de que trata el literal a) del artículo 157." El referido artículo 157 establece: Artículo. 157.-Tipos de participantes en el sistema general de seguridad social en salud. (...) A) Afiliados al sistema de seguridad social. Existirán dos tipos de afiliados al sistema general de seguridad social en salud: 1. Los afiliados al sistema mediante el régimen contributivo son las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago. Estas personas deberán afiliarse al sistema mediante las normas del régimen contributivo de que trata el capítulo I del título III de la presente ley.

⁵ Expedido en desarrollo del Decreto 4975 que declara la Emergencia Social en todo el país. El artículo 37 del Decreto 131 de 2010 establece: "ARTICULO 37.NATURALEZA DE LA AFILIACION. La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es obligatoria para los colombianos y residentes en el territorio nacional en los términos que corresponde a cada régimen de aseguramiento. En consecuencia, el Ministerio de la Protección Social establecerá los mecanismos de afiliación forzosa y las sanciones correspondientes (...)"

La entidad obligada a prestar los servicios de salud a los docentes, en principio es la sociedad Médicos Asociados S.A.⁶, teniendo en cuenta que Fiduprevisora S.A. suscribió un contrato de prestación de servicios para tal efecto.

La función de la Fiduprevisora S.A. frente a la garantía de la prestación de servicios médico asistenciales se limita, de conformidad con el artículo 5 de la Ley 91, de 1989, a contratar con las entidades que previamente señale el Consejo Directivo del Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio y de acuerdo con las instrucciones que éste le imparta para tal efecto.

Por todo lo anterior, resulta patente que ni la Nación –Ministerio de Educación Nacional ni el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, ni la Fiduciaria la Previsora S.A., quien es la vocera y administradora del citado fondo, prestan servicios médicos asistenciales a los afiliados del Magisterio, luego se concluye que, las citadas demandadas no se encuentran legitimadas por pasiva en el presente evento, pues se pretende obtener la declaratoria de responsabilidad patrimonial por la eventual falla médica en la que se dice, incurrió el extremo pasivo.

Tampoco se está alegando a través de la presente acción la falta de garantía del servicio de salud, o su garantía deficiente del mismo, luego el Juzgado declarará de oficio la falta de legitimación por pasiva de dichas demandadas.

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 4ª, 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 de la señora Saira Yaneth Rodríguez Manjarres, ocurrida el 7 de mayo de 2009, en momentos en que recibía atención médica desde el 20 de abril del mismo año.

Según el registro civil de defunción obrante a folio 8 del C-2, el referido deceso tuvo lugar el 7 de mayo de 2009, por lo que en principio, el término de caducidad habría vencido el día **8 de mayo de 2011**.

Debe precisarse que la demanda se presentó ante el Tribunal Administrativo de Cundinamarca el **15 de junio de 2011**, como consta a folio 14 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 4º del artículo 143 del C.C.A. Sin embargo, no operó el fenómeno de la caducidad, por cuanto la solicitud de conciliación radicada ante la Procuraduría General de la Nación suspendió el término de ese fenómeno liberatorio.

⁶ Médicos Asociados S.A. puede contratar la prestación de los servicios de salud a favor de los docentes con una IPS. Para el caso particular, contrató a la otra demandada Clínica Santa Ana Ltda.

En efecto, 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).⁷ El término para incoar la demanda se suspendió desde el momento en que se presentó la conciliación prejudicial hasta que se agotó la misma (6 de mayo al 29 de junio de 2011- fls. 20-21 C1-), como lo establece el artículo 21 de la Ley 640 de 2001⁸.

Es decir, que al momento de radicarse la solicitud de conciliación ante la Procuraduría General de la Nación faltaban 2 días para que operara la caducidad, los que se suman a partir del día siguiente a la expedición de la constancia de no conciliación, por lo que el término para presentar la demanda se extendió hasta el **1º de julio de 2011**.

Si como se dijo inicialmente, la demanda se presentó ante el Tribunal Administrativo de Cundinamarca el **15 de junio de 2011**, se evidencia que se hizo oportunamente, por lo que no operó la caducidad.

2.5.- Del problema jurídico

Se concreta en dilucidar si en el presente caso concreto, la sociedad **Médicos Asociados S.A.-Clínica Fundadores y Clínica Santa Ana Ltda**, deben responder patrimonialmente por los perjuicios que reclama la parte actora, cuyo origen deviene de la presunta inadecuada prestación del servicio médico asistencial a la señora Saira Yaneth Rodríguez Manjarres, lo que, a juicio de la parte actora, desencadenó en su muerte.

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 Estado⁹, 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

⁷“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.”

⁸“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 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”.

⁹ 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.

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.

2.5.1. El daño antijurídico

El máximo Tribunal de lo Contencioso Administrativo¹⁰ 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"*¹¹. 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.

¹⁰ *Ibidem*.

¹¹ Corte Constitucional, sentencia C-254 de 2003.

EXPEDIENTE No: 110013331038-2011-00320-00
REPARACION DIRECTA: SENTENCIA PRIMERA INSTANCIA

Y citando jurisprudencia del Consejo de Estado¹², 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 antijuricidad 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 a la paciente Saira Yaneth Rodríguez Manjarres, que se dice, desencadenó en su muerte.

De lo reseñado, se concluye en principio que, las afectaciones que se reclaman en el caso objeto de estudio se refieren a la inadecuada prestación del servicio de salud prestado a la citada paciente, situación que, en sentir de la parte actora, le causó la muerte.

En el caso objeto de estudio, se observa que, la señora Saira Yaneth Rodríguez Manjarres fue atendida por la Clínica Santa Ana Ltda y por la Clínica Fundadores, desde el 20 de abril de 2009 hasta el 9 de mayo de la misma anualidad, cuando falleció en la última entidad hospitalaria señalada.

A folio 8 del C2, obra registro civil de defunción correspondiente a Saira Yaneth Rodríguez Manjarres, en el que consta que la citada falleció el 9 de mayo de 2011.

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*

¹² La referida sentencia de la Corte Constitucional incluye fragmentos de pronunciamientos del Consejo de Estado. Sentencia del 13 de julio de 1993. Loc-cit.

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 cláusula del Estado Social y Democrático de Derecho"¹³ (se resalta).*

De la responsabilidad endilgada a cada una de las entidades demandadas

De la lectura de la demanda, se encuentra que la falla atribuida en general a las entidades hospitalarias demandadas, se relaciona con errores de diagnóstico, tratamiento y manejo de la sintomatología de Saira Yaneth Rodríguez Manjarres, en concreto por cuanto la paciente acudió a las entidades hospitalarias el 20 de abril de 2009, por presentar fiebre, dolor de estómago y diarrea, pero la atención fue deficiente por cuanto, no se le descartó como era lo indicado, entre otras, un shock séptico de origen urológico, pancreatitis, litiasis biliar o apendicitis, mediante pruebas de función hepática, ni se definió el origen de la infección, sin que recibiera atención y tratamiento oportunos, terminando con amputación bilateral de sus miembros inferiores y su posterior muerte.

No se hizo imputación en particular frente a las eventuales acciones u omisiones respecto de cada entidad hospitalaria.

Tales omisiones serán estudiadas, bajo la presunta omisión en la prestación del servicio de salud por parte de las entidades demandadas.

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, aquélla es de naturaleza subjetiva, advirtiendo que es la **"falla probada del**

¹³ 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.

EXPEDIENTE No: 110013331038-2011-00320-00
REPARACION DIRECTA: SENTENCIA PRIMERA INSTANCIA

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.¹⁴

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 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 a la señora Saira Yaneth Rodríguez Manjarres, se le prestó atención médica por cuenta de la Clínica Santa Ana Ltda, como se verá a continuación:

La señora Saira Yaneth Rodríguez Manjarres, acudió a la Clínica Santa Ana Ltda el 20 de abril de 2009, extractándose de la historia clínica, lo siguiente (fls. 327 a 351 C1):

"(...) Fecha: 20/04/2009

Datos de la consulta

Datos de urgencias

TENGO DIARREA

Enfermedad actual: cuadro de 1 día de evolución consistente en malestar general deposiciones líquidas fétidas No. 7 con emesis, refiere malestar general y mareos.

(...)

Antecedentes:

Patológicos: Útero bicomé

Quirúrgicos: Legrado

(...)

Estado de conciencia: alerta

Hallazgos positivos:

(...)

Sin signos de dificultad respiratoria, ruidos cardíacos rítmicos sin soplos ni

¹⁴ 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.

agregados, pulmones con murmullo vesicular universal, sin agregados, abdomen: perist aumentado, blando deprecible, no doloroso, no masas, ni megalias, sin signos de irritación peritoneal. Extremidades: No edemas en MIS, pulsos presentes, llenado capilar normal SCN, sin déficit motor ni sensitivo, no signos meníngeos.

(...)

Impresión diagnóstica

DX Principal: Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso

DX Relacionado: Mareo y desvanecimiento

Observaciones: SS, CH, PCR observación Ir bolo 1000continuar 100 cc/hora, ranitidina 50 mg iv ahora, metoclopramida 10 mg iv ahora.

(...)

Grupo evolución antigua:

Descripción –Evolución –Antigua: Reporte de coproanálisis positiva para trofozoitos de amebas, flora bacteriana aumentada CH normal PCR 48. Paciente mejora su estado de lipotimia, se da salida con recomendaciones generales sx signos de alarma para asistir por urgencias, control por consulta externa.

Fecha: 21/04/2009 03:04 p.m.

Descripción –Evolución –Antigua

Paciente que reingresa por cuadro de evolución de 1 día dado por dificultad para respirar y hoy presenta cianosis central y peribucal, refiere persiste con diarrea, solo lleva una dosis de metronidazol, desde ayer ha presentado tos productiva además astenia y adinamia, actualmente con TA 110/60, FR 18, T 30 grados en LAM, estado general con cianosis central y pulso débil, además limitación para la marcha con hipotensión y dificultad respiratoria, (...) se decide dejar en observación para estabilización del paciente y remisión

Hora: 06:06 p.m.

(...)

Descripción –Evolución antigua: Valoro paciente en reanimación con taquipnea e hipoperfundidalab compatibles con TEP por D/meron D 3200 Insuficiencia renal. BUN 56, CREAT 5.2, electrolitos normales, no se ha podido tomar muestra de gases, SO2 con O2 por cánula 96% TA 30/0 FC 150 pulso filiforme CP sin agregados no edemas, realizó punción subclavia der fallida, punción yugular int derecha viable, se pasa catéter central trilumen sin complicaciones".

En la historia clínica de Médicos Asociados S.A. –Clínica Fundadores, se destaca lo siguiente (carpeta anexa en 510 folios):

"(...)Fecha ingreso: 21/04/2009

22/04/2009

Consentimiento informado-Autorización para procedimiento quirúrgico

(...)

Laparatomía exploratoria y proceder según hallazgos

(...)

Nombre paciente y/o representante

Saira Y Rodríguez

C.C. 35.529.142 (hay firma)

EXPEDIENTE No: 110013331038-2011-00320-00
REPARACION DIRECTA: SENTENCIA PRIMERA INSTANCIA

(...)

Formato de consentimiento informado para procedimiento anestésico

(...)

Yo Saira Rodríguez (...) por la presente autorizo a los médicos anestesiólogos de Médicos Asociados S.A., a realizar el acto anestésico adecuado para el procedimiento quirúrgico Laparatomía exploratoria

(hay firma)

(...)

Hoja Quirúrgica

22/04/2009

Procedimiento

Hallazgos: No hay líquido libre intraperitoneal, vesícula biliar de características normales, moderadamente distendido, sin cálculos. Edema peritoneal derecho. Hígado muy congestivo friable, al corte es de color gris verdoso. No se palpan colecciones ni masas en cabeza de páncreas, duodeno ni hígado. Sin otras afectaciones intraabdominales. Apéndice retrocecal subseroso sano

(...)

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:

- 1.- Choque séptico
- 2.- Sepsis oculta
- 3.- Disfunción hepática
- 4.- Falla renal aguda
- 5.- Enfermedad diarreica aguda

(...)

26/04/2009

UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO

PLAN

Paciente con indicación de cuidados intensivos para soporte ventilatorio y vasopresor múltiple por shock deséptico de origen no claro. Actualmente con tolerancia a la disminución y suspensión de vasopresores hace 2 días y adrenalina

27/04/2009

Paciente en mal estado general, en soporte ventilatorio, acoplada, sin desaturación, con sedoanalgesia, ramsay VI, con soporte vasopresor dado por noradrenalina, rítmica, sin taquicardia, normotensa (...)afebril, euglicémica, con edema generalizado, flictenas e isquemia severa de pulpejos y 1/3 distal de extremidades.

(...)

29/04/2009

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:

- 1.- Choque séptico de origen a establecer
- 2.- Disfunción multiorgánica
- 3.- Sepsis oculta
- 4.- Disfunción hepática
- 5.- Enfermedad diarreica aguda
- 6.- POP laparatomía exploratoria + apendicectomía

(...)

02/05/2009

ANÁLISIS

Paciente con indicación de cuidado intensivo por requerimiento de soporte ventilatorio mecánico invasivo y destete reciente de inotropía

(...)

Reaparecen en las dos últimas horas picos febriles asociados a taquicardia persistente ante lo que se continúa curva térmica estricta para definir posteriormente indicación de nuevos cultivos

(...)

04/05/2009

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

- 1.- Choque séptico en estudio*
- 2.- Deshidratación grado III corregida*
- 3.- Disfunción multiorgánica*
- 4.- Insuficiencia renal aguda en resolución*

(...)

ANALISIS

Paciente con indicación de UCI por necesidad de soporte ventilatorio invasivo, monitoria hemodinámica invasiva

(...)

Valorada en conjunto con servicio de ortopedia, quien considera pertinente en presencia de isquemia de miembros inferiores solicitar ecografía dúplex de vasos y programar para fasciotomía, se comenta esta decisión a los familiares

(...)

05/05/2009

Se considera paciente en manejo de disfunción multiorgánica, quien en el transcurso de la mañana presenta deterioro clínico general dado por desacople del ventilador, importante taquicardia sin cambios significativos de cifras tensionales. Se interpreta como deterioro séptico y se inicia reposición de cristaloides. Hoy valorada con el servicio de ortopedia quienes consideran con requerimiento de amputación supracondílea, ya que se observan signos de necrosis en ambas piernas, Las mismas pueden constituir un foco séptico. Se comenta con los familiares estado clínico actual y se obtiene consentimiento informado

(...)

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO ANESTESICO

Yo José Samuel Sánchez Gama (...) en calidad de esposo de la paciente autorizo a los médicos anestesiólogos de Médicos Asociados S.A., a realizar el acto anestésico adecuado para el procedimiento quirúrgico: Amputación Bilateral Supracondílea

(hay firma)

(...)

06/05/2009

Se considera paciente en manejo de disfunción multiorgánica quien durante el día de ayer requirió reanimación hídrica por deterioro infeccioso. En el momento en su postoperatorio de amputación supracondílea bilateral de miembros inferiores en el momento con signos de respuesta inflamatoria sistémica, dados por fiebre, taquicardia y aumento de requerimiento de soporte hemodinámico. En el momento en hidratación hídrica, se esperan hemocultivos. Se comenta estado actual con el familiar y se solucionan dudas.

(...)

EXPEDIENTE No: 110013331038-2011-00320-00
REPARACION DIRECTA: SENTENCIA PRIMERA INSTANCIA

07/05/2009

IMPTRESION DIAGNOSTICA

- 1.- POP amputación supracondilea bilateral de miembros inferiores
- 2.- Choque séptico secundario a sepsis oculta
- 3.- Disfunción multiorgánica (hepática, renal, intestinal, respiratoria)
- 4.- Enfermedad diarreica aguda
- 5.- POP laparotomía exploratoria + apendicectomía
- 6.- Anasarca

Paciente quien a pesar de aporte hídrico con solución hipertónica, titulación a aumento de vasopresores tipo noradrenalina y vasopresina continúa con edema severo generalizado, sin censar cifras tensionales, anurica, con sangrado por cavidad oral y nasal, con episodios de taquiarritmia y bradiarritmia. A las 01:30 horas presenta episodio súbito de bradicardia y asistolia, se inician inmediatamente maniobras de reanimación avanzada con oxígeno al 100%, aporte hídrico, titulación plena de vasopresores, adrenalina, atropina, a pesar de maniobras por veinte minutos en forma ininterrumpida no se obtiene retorno de frecuencia cardíaca o pulso, se pronuncia hora de fallecimiento a las 01:50 HS. Se informa telefónicamente a los familiares.

Debido a la evolución del cuadro clínico que se ha caracterizado por ser de forma tórpida y de escasa respuesta a múltiples terapias instauradas a lo largo de su hospitalización y a pesar de comportarse hemodinamicamente como choque séptico pero no encontrarse quirúrgicamente, imagenologicamente y hasta el momento paraclínicamente etiología primaria de proceso desencadenante considero pertinente la realización de necropsia clínica para clarificar causa última del fallecimiento. Se informará dicha medida a familiares tan pronto hagan presencia (...).

Dentro del plenario se recaudaron entre otros, los testimonios de los médicos y profesionales de la salud Rodrigo Fernando Córdoba Villaquirán, Néstor Andrés Rojas Martínez, Ruth Graciela Rivera López y Sandra Viviana Villarreal Suárez, quienes depusieron acerca del diagnóstico, patología, tratamiento y atención brindada a la paciente Saira Yaneth Rodríguez Manjarres, en las entidades hospitalarias demandadas (fls. 309-310, 324-326, 352-353, 354-355).

Del testimonio del doctor **Rodrigo Fernando Córdoba Villaquirán**, quien es médico internista, se destaca lo siguiente (se transcribe de forma literal incluso con los posibles errores):

"(...)PREGUNTADO: Manifieste al despacho todo cuanto sepa y le conste sobre la atención médica brindada a la señora Saira Yaneth Rodríguez Manjarrez y su consecuente fallecimiento. **CONTESTÓ.** El abogado me comentó que la señora Zaira Rodríguez había fallecido en la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Fundadores, sobre eso, tengo que aclarar que yo soy médico internista y laboro en la Clínica Fundadores desde el 2001 y para la fecha relacionado para este caso, en el año 2009, atendí a la señora Zaira Rodríguez en el servicio de urgencias, ella había llegado en la madrugada del 22 de abril y yo conocí su caso hasta la mañana después de la 7. Exactamente a las 8.10 a.m. En la Clínica Fundadores yo trabajo lunes, miércoles y viernes en el horario de la mañana de 7 a 1 de la tarde, es decir, que solo tuve contacto con la paciente en la mañana del 22 de abril hasta la 1 de la tarde. La paciente que yo atendí llegó en un estado de choque séptico, con dolor abdominal, enfermedad diarreica aguda y tenía signos físicos y para clínicos de

disfunción orgánica múltiple dados por falla renal, daño hepático por inflamación, disfunción cardiovascular y disfunción hematológica. Conformado lo anterior, por alteraciones en sus pruebas de laboratorio renales hepáticas y plaquetas bajas para lo cual ya venía recibiendo soporte circulatorio con dopamina que es un medicamento para mejorar la función cardíaca y vascular, pero a pesar de esto mantenía tensiones de 83/58 y frecuencia cardíaca de 131 por minuto que habla de un estado grave de choque refractario y un estado avanzado de la sepsis y en dicho contexto decidí iniciar un segundo medicamento inotrópico: noradrenalina con el fin de mejorar el bajo flujo y la hipoperfusión en que se encontraba esta paciente. Termine mi turno como acostumbro siempre, hacia al medio día, después de cumplir con la jornada laboral y me marche. En ese momento la paciente queda a cargo del médico internista de turno de la tarde, ya que la clínica fundadores cuenta con el servicios de medicina interna las 24 horas del día y la paciente quedo con la indicación de ser trasladada a la Unidad de Cuidado Intensivo para continuar su manejo como corresponde a un paciente crítico y en este caso en cuestión. Este es todo el contacto que tuve con ella. El despacho le cede el uso de la palabra al apoderado de la parte demandada Médicos asociados. **PREGUNTO.** Sírvese informar al despacho si recuerda si la paciente Saira Yaneth Rodríguez ingresó al servicio de urgencias de la Clínica Fundadores, por sus propios medio o fue remitida de alguna otra IPS. **CONTESTÓ.** Como consta en la historia de ingreso, al servicio de urgencias, el 21 de abril de 2009, a las 10.19 p.m. "remitida de Facatativá por dificultad para respirar, cianosis y diarrea", se aclara que la paciente venia remitida de Facatativá, que es lo que me consta a mí. **PREGUNTADO.** Sírvese indicar si entre el momento en que ingresa la paciente según folio 240 de la historia clínica que aparece aportada al expediente en una AZ y el momento en que usted valora y atiende a la paciente si cambiaron o evolucionó su estado de salud. **CONTESTÓ.** Yo no puedo contestar esa pregunta por cuanto no estaba de turno cuando la paciente ingreso. **PREGUNTADO.** De acuerdo a los signos o síntomas en que se recibe a la paciente en la clínica fundadores el día 21 de abril de 2009 conforme a su experiencia y conocimiento, sírvase indicar cuál era el estado de salud de la señora Zaira Rodríguez, esto es, estaba ante una paciente normal, delicada, grave, en estado crítico. **CONTESTÓ,** de acuerdo a lo consignado en la historia clínica de ingreso: Tensión Arterial 83/50, frecuencia cardíaca de 129, y los paraclínicos de ingreso que mostraban alteraciones hepáticas, renales y plaquetas bajas su condición de ingreso era de una paciente que se estaba muriendo desde el momento de llegar a la sala de urgencias, dado que ingresa en un estado de choque séptico habiendo pasado previamente por una injuria (diarrea y deshidratación) evolucionando por un cuadro de síndrome de respuesta inflamatoria sistema, sepsis severa y como ingreso choque séptico con disfunción orgánica múltiple que es el proceso previo a la falla orgánica múltiple y finalmente a la muerte. **PREGUNTADO.** Conforme a su respuesta anterior, es posible de conformidad a su experiencia, conocimiento, literatura médica determinar cuánto tiempo, días llevaba la paciente Saira Rodríguez siendo aquejada por las patologías o signos con los que finalmente es remitida a la clínica fundadores. **CONTESTÓ.** Como consta en la historia clínica, a folio 130 el médico internista de turno que recibió la paciente el 22 de abril a la 1.55 de la mañana, doctor Carlos Mario Restrepo, en la Historia Clínica de Ingreso que él hace, registró "cuadro de 48 horas de evolución de vómito, diarrea y dolor abdominal, al parecer ha tenido fiebre y cefalea" de acuerdo a lo anterior se establece que el cuadro por el que ingreso llevaba 48 horas de evolución antes de ingresar a la clínica fundadores. **PREGUNTADO.** De conformidad a lo anteriormente explicado sírvase indicar de acuerdo a sus conocimientos y experiencia su el cuadro clínica de vomita, diarrea, dolor abdominal puede generar deterioro notable en el organismo al punto de registrarse en las condiciones que ya usted describió como de ingreso a la clínica Fundadores el 21 de abril de 2009. **CONTESTÓ.** Claro que sí, porque

una diarrea es ocasionada por bacterias que están en el tracto intestinal y se sabe que estas bacterias que pertenecen al grupo de las enterobacterias son gérmenes muy agresivos ya que tienen la capacidad de producir toxinas que pueden comprometer el funcionamiento de todos los órganos. Por otro lado, tienen la capacidad de invadir los tejidos y pasar a la sangre produciendo cuadros de sepsis, choque y muerte. También se conoce su capacidad de burlar los mecanismos de respuesta inmunológica y su facultad de expresar enzimas que neutralizan los antibióticos más potentes disponibles para tratar infecciones severas como en este caso. Lo que se conoce como expresión de betalactamasas de espectro extendido, lo cual se constituye para el medico en un verdadero problema para el manejo de una condición tan grave. **PREGUNTADO.** De acuerdo a su conocimiento y experiencia y al cuadro descrito como vomito diarrea y dolor abdominal, con evolución de 48 horas, sírvase explicar de qué forma tales signos pueden afectar y en qué grado, como los riñones, el hígado y el sistema vascular. **CONTESTÓ.** En el estado de choque que ya venía la paciente se produce un bajo flujo sanguíneo sistémico que disminuye el aporte de oxígeno a todos estos órganos que usted acaba de mencionar, comprometiendo su adecuada función, por eso se menciona la disfunción orgánica múltiple que traía la paciente y no obstante a los esfuerzos médicos dado la avanzado del proceso para tal momento dicho proceso evoluciona a la falla orgánica múltiple y finalmente la muerte.

De la versión del doctor **Néstor Andrés Rojas Martínez**, quien es médico especialista en epidemiología, auditoría y terapias alternativas, se destaca (Se transcribe de forma literal, incluso con posibles errores):

(...)PREGUNTADO: Manifieste al despacho todo cuanto sepa y le conste sobre la atención medica brindada a la señora Saira Yaneth Rodríguez Manjarrez y su consecuente fallecimiento. **CONTESTO.** Yo tuve intervención en el caso en la atención en urgencias del día 21 de abril de 2009 e hice parte del equipo médico que la intervino en reanimación hasta el proceso de la remisión. De las causas del fallecimiento y demás no tengo conocimiento al respecto. Me remito a la historia clínica de mi intervención el día 21 de abril sobre las 6 de la tarde, por llamado de la médica tratante de enfermería, del servicio, valore a la señora Saira encontrándola en un estado crítico, según nota, dice con taquipnea, eso es respiración rápida y superficial, hipoperfundida, es decir, que no tenía un buen sistema circulatorio, y tenía un resultado de laboratorio de una prueba que se llama Dimero D, en 3200 la cual es normal por debajo de 200, como 15 veces elevada, insuficiencia renal, según el BUN de 56 lo normal es menor de 20, y creatinina de 5.2, lo normal menor de 0.9. Sin tensión arterial cianótica, es decir morada, con una saturación de oxígeno, es decir la cantidad de oxígeno que capta la sangre, de 96 y lo normal es mayor de 90, por lo que la intervino colocándole un catéter central, es decir una vena de grueso calibre para poder llegar al corazón, tomar las presiones centrales y administrarle medicamentos que llamamos inotrópicos, esos son medicamentos para subir la tensión y regular el ritmo cardiaco. En el caso de ella fueron dopamina y adrenalina. La siguiente nota mía en la historia es del 24 de julio de 2009 registrando la solicitud de copia de la historia clínica por parte del esposo. El despacho cede el uso de la palabra al doctor solicitante de la prueba Clínica Santa Ana: **PREGUNTADO.** Diga a este despacho que es un trofozoitos de amebas. **CONTESTO.** La ameba es un parásito y el trofozodito es la forma invasiva que produce enfermedad. Es decir el parásito puede estar en diferentes estadios, como por ejemplo quistes que no generan enfermedad en el ser humano pero cuando cambia a trofozodito produce enfermedad casi siempre son cuadros de gastroenteritis, es decir diarrea. **PREGUNTADO.** Dicha ameba donde se adquiere.

CONTESTÓ. La principal fuente de contaminación con amebas es la ingesta de agua o alimentos contaminados con materia fecal. PREGUNTADO. Tiene alguna relación la presencia del trofozoito con un trombo embolismo pulmonar. CONTESTO. No, ninguna. PREGUNTADO. Dado que usted acabo de decir y aparece en la historia clínica de Clínica Santa Ana que la paciente Saira Yaneth tenía trombo embolismo pulmonar, cual pudo haber sido la causa de dicha afectación de la salud de la señora. CONTESTO, los factores de riesgo para embolia pulmonar como más relevantes serian el género es más frecuente en mujeres, la insuficiencia venosa, las varices en las piernas, el uso de algunos medicamentos como pastillas para planificar, los reposos prolongados, las cirugías recientes, pero en el caso puntual de ella no podría decir con certeza el origen de coágulo, aclaro que es más común en mujeres por mecanismos propios de su vida diaria y en términos generales los coágulos que se impactan en el pulmón, eso es un trombo embolismo pulmonar, provienen de las piernas. PREGUNTADO. Tiene algo que ver con TEP (TROMBO EMBOLISMO PULMONAR) el uso de raditidina y metronidazol, atendiendo que estos son los únicos dos medicamentos que se le suministraron a la señora Saira el 20 de abril de 2009. CONTESTO. No, no es un factor de riesgo. No hay relación. La raditidina es para el tratamiento de la gastritis, regula el ácido que produce el estómago y el metronidazol es un antibiótico para combatir infecciones por ejemplo por amebas. PREGUNTADO. Porque se ordenó la remisión de la paciente mencionada. CONTESTO. Según el cuadro que describí y se registra en la historia clínica era una paciente en condición crítica que requería un manejo supra especializado en unidad de cuidado intensivo, que es la UCI, para garantizar la atención óptima, lo contrario, es decir, haberla dejado en la clínica, era una condena a muerte, incluso lo que describí en el tratamiento, en mi intervención, es manejo de unidad de cuidado intensivo. PREGUNTADO. Tenía para la fecha, Clínica Santa Ana, algún convenio con Médicos Asociados. CONTESTÓ, sí, siempre hemos tenido convenio vigente con esa empresa para la atención de sus afiliados, ese convenio incluye exclusivamente la atención inicial de urgencia, es decir que si un paciente después de la atención medica requiere de hospitalización o cirugía, se debe remitir a las instituciones propias de esa administradora. PREGUNTADO. En su calidad de director médico de la clínica Santa Ana, informe si la atención a la señora Saira fue oportuna, coherente e idónea. CONTESTÓ. Si, según mi análisis de la historia Clínica, se hizo lo que se debía hacer. El despacho cede el uso de la palabra al apoderado de Médicos Asociados. PREGUNTADO. En respuesta previa a manifestado usted que tuvo la posibilidad de ver a la paciente el 21 de abril de 2009 y que participó en el proceso de reanimación al ingresar la misma a urgencias. Sírvase informar si usted tuvo conocimiento o verificó los antecedentes de la paciente respecto al ingreso previo el día 20 de abril de 2009 a la Clínica Santa Ana. CONTESTO. Sí señor, la doctora Ruth quien la valora en el reingreso del 21, describió y me informó que la paciente había consultado la noche anterior por un cuadro de diarrea. Eso lo describió la doctora Ruth el 21 de abril de 2009 a las 3.00 p.m. PREGUNTADO. Conforme a su experiencia y conocimiento sírvase explicar al despacho de forma muy didáctica en que tiempo y porque causa un cuadro de diarrea puede generar una sepsis y terminar en una falla multisistémica del organismo. CONTESTÓ. Tengo 20 años de graduado, todo ese tiempo dedicado al manejo de pacientes en urgencias, con ese tiempo yo puedo decirle que los casos son muy variables, cada persona es un universo distinto que responde de una forma muy diferente y particular a cada enfermedad pero nunca he visto una diarrea por amebas terminar en una sepsis intrabdominal o sistémica en 24 horas. De por si los exámenes no eran compatibles con algo similar, por ejemplo cito el hemograma del 21 de abril de 2009, con 10900 glóbulos blancos que son los leucocitos que son los encargados de defender el cuerpo de las infecciones, entonces lo esperable es que un paciente en sepsis tenga un recuento de

EXPEDIENTE No: 110013331038-2011-00320-00
REPARACION DIRECTA: SENTENCIA PRIMERA INSTANCIA

glóbulos blancos sumamente elevado. Los neutrófilos que son la fracción encargada de atacar a las bacterias deberían estar incrementados y en el reporte que cito son normales en un 62%. Otro tipo de infecciones y bacterias muy agresivas como por ejemplo el botulismo salmonella, por citar algunas, pueden presentar sepsis rápidamente en un promedio de 48 horas, o un paciente que tiene una apendicitis y hace una peritonitis normalmente pasan 5 días, y hay gérmenes sumamente agresivos(...)”.

Se recaudó el testimonio del doctora **Ruth Graciela Rivera López**, quien es médico y laboró para la Clínica Santa Ana Ltda. De su versión se destaca (se transcribe en forma literal, incluidos los posibles errores):

“(...)PREGUNTADO: Manifieste al despacho todo cuanto sepa y le conste sobre la atención médica brindada a la señora Saira Yaneth Rodríguez Manjarrez y su consecuente fallecimiento. **CONTESTO,** el 21 de abril de 2009 a las 3.04 de la tarde ingresa una paciente de nombre Saira Yaneth Rodríguez la cual reingresa a la institución por cuadro de un día de evolución dado por dificultad para respirar, presenta cianosis central y peribucal, refiere que persiste con diarrea, solo lleva una dosis de metronidazol y refiere que desde el día anterior ha presentado tos productiva, abstinencia dinámica, en el momento del examen tiene una tensión de 110/60 y una frecuencia cardíaca de 60, una respiratoria de 18, 38 grados de temperatura, está en mal estado general, con cianosis central y pulso débil. Además limitación para la marcha por hipertensión y dificultad respiratoria. Como antecedente refirió que estuvo en la clínica por una cirugía ambulatoria del esposo. Decidió dejarla en observación para estabilización y remisión. Se deja en observación con líquidos endovenosos, a mantenimiento 80c.c. por hora, oxígeno por cánula, a dos litros por minutos según saturación. Se le había ordenado dipirona para el pico febril pero finalmente no se la administra. Se inicia estudio de su cuadro de dificultad respiratoria y de su mal estado general. Se solicita RX Tórax y una glicemia, un DIMERO D, cuadro hemático BUM, creatinina, pruebas de coagulación, PT Y PTT, electrocardiograma. Hacia las 4.50 se recibe reporte de glicemia 121, BUM de 53, creatinina de 5.2, un cuadro hemático con leucocitos de 10910, una hemoglobina de 14, un hematocrito de 43, neutrófilos de 62%, linfocitos del 13%, eucenofilos del 2%, un PT de 27 con un control de 16, un PTT de 16 con control de 36, una INR con 2.1 y un DIMERO D de 3.200 por lo cual se decide iniciar proceso de remisión por trombo embolismo pulmonar. Se inicia monitorización del paciente. Se solicita electrolitos y gases arteriales y cuando tenemos un paciente crítico, tenemos un jefe que es el doctor ANDRES ROJAS, siempre se le informa a él y baja a apoyar la paciente y se empieza el manejo de forma conjunta. Él es el jefe de observación. Se decide iniciar heparina 5.000 unidades intravenosas en bolo inicial, y luego se deja una mezcla de 2cm de heparina y 98cc de solución salina y se deja a 10cm hora, y se continúa con el proceso de remisión. Hacia las 4.51 del 21 de abril la paciente hace una hipotensión de 40/30 con un aumento de la frecuencia cardíaca de 240 por lo cual se inician unos medicamentos que son inotrópicos. De ahí el manejo continúa por el jefe del servicio de observación continuando con el proceso de remisión. El despacho cede el uso de la palabra al apoderado de la Clínica Santa Ana. PREGUNTADO. Tendría alguna relación una consulta de esta señora Saida inicial por diarrea con el TEP (trombo embolismo pulmonar). CONTESTÓ, lo veo poco probable que la diarrea haya ocasionado el TEP, porque la enfermedad diarreica es un proceso que con frecuencia es infeccioso a nivel gastrointestinal y el TEP es un proceso oclusivo, arterial, pulmonar, que no he visto ni leído que con frecuencia haya sido desencadenado por un proceso diarreico. PREGUNTADO. Por qué razón ordenó la remisión de la señora Saida Rodríguez. CONTESTÓ. Porque

nuestra institución es una institución de según nivel donde no contamos con una unidad de cuidados intensivos y pues la paciente venía en una falla ventilatoria, sin haber un diagnóstico específico empiezo un proceso de remisión, independientemente de que la causa de la dificultad respiratoria no tenemos una unidad de cuidado intensivo para brindar la atención adecuada del manejo de la falla ventilatoria a largo plazo o si la paciente se complicaba más. PREGUNTADO. Cuáles serían los signos vitales de una paciente con TEP. CONTESTÓ. Es relativo, porque hay pacientes con TEP que pueden hacer hipotensión, shock y habrán algunos que su reacción no sea tan severa, su tensión no baje tanto, de hecho tengo entendido que es uno como de los criterios en que se basan para evidenciar la mortalidad si el paciente ha tenido un antecedente de shock o hipotensión severa, esta reportado que su mortalidad se eleva notablemente entre los días próximos. No todo el paciente con trombo embolismo se choquea, de hecho los pacientes que no presentan shock tienen más probabilidad de no tener mortalidad en los próximos días. PREGUNTADO. La atención que se le dio a la señora Saira Rodríguez en la clínica Santa Ana fue el adecuado y oportuno. CONTESTÓ. Si. Porque ella ingresa inmediatamente se atiende, está mal, inmediatamente se pasa para observación, inmediatamente se inicia un proceso de remisión para buscarle cupo en un sitio adecuado donde le puedan brindar el manejo integral que ella necesita y se inicia un estudio diagnóstico inmediatamente ingresa, ordenándose unos estudios diagnósticos y adicionalmente tenemos el soporte del Doctor Andrés que fue integral como si tuviéramos una Unidad de Cuidado intensivo que no la tenemos, como lo fue colocar un catéter central, monitorearla, iniciar unos medicamentos que le van ayudar a compensar todas su fallas, tenemos una impresión diagnóstica inicial como lo fue un trombo embolismo pulmonar, de ahí a la causa del TEP no lo sabemos, que fue lo que causo, pero logramos estabilizar la paciente hasta el punto de que la paciente no fallece en la atención de urgencias y resiste posteriormente una remisión y traslado y tengo entendido que vivió muchos más días, no sé cuántos".

De la versión de la doctora **Sandra Viviana Villarreal Suárez**, quien es médico especialista en salud ocupacional y que laboró al servicio de la Clínica Santa Ana Ltda, se destaca (se transcribe de forma literal incluidos los posibles errores):

"(...) **PREGUNTADO:** Manifieste al despacho todo cuanto sepa y le conste sobre la atención medica brindada a la señora Saira Yaneth Rodríguez Manjarrez y su consecuente fallecimiento. **CONTESTO.** Lo que yo sé es la atención mía, y me remito a la historia clínica del 20 de abril de 2009, según la historia clínica Saira Yaneth Rodríguez es atendida por mí en la clínica santa Ana en el servicio de urgencias a las 8.26 p.m. Ella ingresa a la clínica refiriendo un cuadro de diarrea de un día de evolución. Las deposiciones eran fétidas según lo que ella difería y siete en un día, acompañada de vómito, malestar general y mareo. Este cuadro puedo ser por la deshidratación que ocasiona la diarrea. Antecedentes de importancia útero bicornio, esto es, como si fueran dos úteros. Para esa entonces se encontraba en periodo de lactancia y no había mas antecedentes relevantes para la historita clínica. Al examen físico se encontró una persona de cabeza normal, las mucosas estaban húmedas y rosadas lo que significaba que no tenía grado de deshidratación amplio. La faringe no congestiva, sin ex sudados, otoscopía estaba normal, los movimientos articulares estaban normales, el cuello era móvil y no tenía masas. En respiratoria el tórax era simétrico sin signos de dificultad respiratoria, pulmones para esa consulta tenía murmullo vesicular universal sin agregados, eso significa que los ruidos estaban normal, por lo que no había nada que hiciera sospechar un cuadro respiratorio. Ruidos cardíacos eran rítmicos sin soplos ni agregados. El abdomen tenía un peristaltismo

EXPEDIENTE No: 110013331038-2011-00320-00
REPARACION DIRECTA: SENTENCIA PRIMERA INSTANCIA

aumentado (movimientos del intestino), era blando, depresible, no doloroso, no masas ni megalias, sin signos de irritación peritoneal. Uno revisa todos estos signos para determinar la presencia o no de un cuadro quirúrgico que para este caso todos los signos eran negativos, no existiendo la posibilidad de un cuadro quirúrgico. En extremidades se encontraron pulsos presentes, llenado capilar normal, determinando adecuada circulación. En neurológico se encontraba sin déficit motor, ni sensitivo ni habían signos meníngeos. Con lo anterior se sospechó un cuadro de una gastroenteritis de presunto origen infeccioso por lo que se dejó la paciente en observación por la sintomatología que tenía, y se dejó con un bolo de 1000 cm cúbicos de líquidos endovenosos, esto para hidratar la paciente por los cuadro de posición y luego el vómito que tenía, todo esto para tratamiento. Además de eso raditinada por el vómito para proteger su mucosa gástrica y metrocoplamida para evitar que siguiera vomitando. Se le solicitaron además paraclínico, un cuadro hemático cuyo resultado fue normal, una Proteína C reactiva, la que salió positiva por el mismo cuadro diarreico que tenía y un examen de materia fecal el cual di positivo para trofozoditos y ameba. A las 11.30 p.m. se valora nuevamente la paciente encontrando una paciente con mejoría de su estado y se le da de alta con tratamiento para la amebiasis que fue metronidazol y trimetropin sulfa. Con dieta astringente que era para el cuadro diarreico. Incapacidad por dos días y recomendaciones generales y signos de alarma para asistir por urgencias. También se le da una orden contra por consulta externa. En este estado de la diligencia el despacho cede el uso de la palabra al apoderado de la parte solicitante de la prueba. PREGUNTADO. Dado que había ordenado un croposcopico que arrijo trofozoitos de amebas informe si dicho examen hubiera podido arrojar como resultado otro factor como generante de la enfermedad de la paciente Saira Rodríguez. CONTESTO. Según el estado que se encontraba la paciente en ese momento no. Era un cuadro 100% gastrointestinal, diarreico y para ese momento el único examen que me podría determinar la etiología para su tratamiento era un coproanálisis. PREGUNTADO, teniendo en cuenta que en el examen físico que usted le hizo a la citada paciente tenía frecuencia cardíaca 88, frecuencia respiratoria 25 y tensión arterial 80/40, indique al despacho si dicha cifras podrían ser indicativas o no de la presencia de TEP. CONTESTO. No, porque el TEP se diagnostica además por examen físico, el cual fue normal a excepción de su cuadro gástrico intestinal. PREGUNTADO. La clínica Santa Ana el 20 de abril de 2009 le brindo a la paciente Saira Rodríguez una atención médica oportuna y adecuada. CONTESTÓ. Si, la paciente llega con un cuadro gastro intestinal el cual es atendido de inmediato y tratado a la mayor brevedad posible junto con sus paraclínicos en menos de dos horas ya se tenía diagnóstico y tratamiento de la paciente. El despacho le cede el uso de la palabra al apoderado de Médicos Asociados. PREGUNTADO. Conforme a sus respuestas previas en que se aprecia que valora físicamente a la paciente, se ordenan unos exámenes, se analizan resultados de los mismos, con fundamento en esos eventos pudo descartarse la existencia en ese momento de la valoración de lo que se denomina un diagnóstico diferencial, es decir que no había lugar a otra patología sino a la descrita finalmente. CONTESTÓ. No había lugar a otra patología, la paciente llega con un motivo de consulta de diarrea sin otro más, el examen físico se le realiza completo descartando algún compromiso de otro sistema. Su compromiso era del sistema gastrointestinal. PREGUNTADO. Recuerda usted si la paciente se encontraba consiente, se movilizaba por si misma al momento de la valoración. CONTESTO. No lo recuerdo pero en la historia clínica se refiere que la paciente llega por sus propis medios y caminando”.

A iniciativa de la demandada Médicos Asociados S.A., se rindió el informe pericial de clínica forense No. GCLF-DRB-12494-2017 por cuenta del perito Fabiola Jiménez Ramos



del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, visible a folios (476 a 491 C1), respecto del cual se destaca lo siguiente:

"(...) REVISIÓN TEÓRICA:

LA LEPTOSPIROSIS es una zoonosis cuyo período de incubación varía entre 2 y 30 días. Es una infección sistémica aguda que da lugar en el hombre a un espectro variable de manifestaciones clínicas, producidas por espiroquetas patogénicas del género leptospira.

Modo de transmisión: Su reservorio lo constituyen animales de especies salvajes y domésticas, en especial perros y ratas pero también vacas y cerdos.

La infección en el hombre se produce por una de estas formas de transmisión:

-Contacto directo a la piel o mucosas con la orina de los animales infectados con un reservorio indirecto.

-Contacto indirecto: a través de la exposición de la piel lesionada o las mucosas con alimentos o agua contaminada o terrenos húmedos (aguas estancadas, arrozales, tanques) contaminados con su deyección tanto sólida como líquida. Después de la excreción con la orina las leptospirosis pueden sobrevivir por semanas o meses en el medio bajo condiciones favorables, como temperatura entre 20 y 30 °C, clima caliente, abundantes lluvias, cursos de agua natural, estancamiento de aguas de adobe y abundante biodiversidad son los medios propicios para la transmisión de la infección.

La especie penetra en el hombre a través de la piel erosionada o mucosas sanas, se difunde rápidamente y después de 48 horas se la encuentra en todos los humores y tejidos, con localización especial en riñón, hígado, corazón y músculo esquelético. La Leptospira es resistente a la actividad bactericida del suero normal y en ausencia de anticuerpos específicos no es fagocitada ni destruida por los polimorfonucleares, o macrófagos. Entre los 5 y los 7 días los anticuerpos específicos formados favorecen la opsonización del microorganismo que deja de ser encontrado en la sangre y se eliminan por la orina durante semanas o meses (fase inmune o de Leptospirosis).

En los humanos produce un cuadro caracterizado por síntomas de tipo influenza de aparición aguda y ruidosa, seguido por hemorragia subconjuntival, exantema petequiral y/o morbiliforme (enrojecimiento de la piel más o menos intenso, las áreas afectadas están separadas por piel sana), diarrea, vómito y dolor abdominal que en ocasiones plantea diagnóstico diferencial con abdomen agudo.

En un 10% toma un curso dramático con ictericia, manifestaciones hemorrágicas, insuficiencia renal aguda e insuficiencia respiratoria con hemorragia alveolar difusa.

Este tipo icterico severo se reconoce desde 1.886 como enfermedad de Weil's y ha determinado una tasa de mortalidad hasta del 20%.

La enfermedad clínica clásica cursa en dos fases: la leptospiremia que comienza con la entrada del germen por la piel cortada o las mucosas expuestas, dura aproximadamente siete días y se caracteriza por comienzo brusco, cefalea, mialgias intensas, escalofríos, fiebre, inyección conjuntival y aunque raro hepato esplenomegalia.

La segunda fase comienza con la aparición de anticuerpos específicos. La serología utiliza reacciones de aglutinación de antígenos muertos y vivos en porta objetos o pruebas de hemaglutinación. Hoy es más útil el método de Elisa que detecta inmunoglobulina M específica desde el sexto día de la enfermedad y la elevación de títulos a las tres semanas, pudiendo persistir por varios meses en títulos bajos. Se describen falsos negativos por el uso previo de antimicrobianos o por tratarse de un serotipo no incluido en el kit diagnóstico. La serología es más sensible y práctica que el cultivo.

EXPEDIENTE No: 110013331038-2011-00320-00
REPARACION DIRECTA: SENTENCIA PRIMERA INSTANCIA

Los cultivos bacteriológicos efectuados durante los primeros 10 días permiten aislar leptospiras en sangre y líquido cefalorraquídeo, para ello se requieren métodos de cultivo especiales (Fletcher, EM5H y Tween). El cultivo en sangre y orina es muy difícil.

La leptospirosis tiene tres formas de presentación clínica: asintomática, anictérica (90%) y la forma icteromorrágica o enfermedad de Weil (10%) pudiendo haber estadios intermedios de la enfermedad. La forma de presentación clínica de la leptospirosis depende del tipo de leptospira que la cause.

La variedad icterohemorrágica se caracteriza por su gravedad y alta letalidad (5 a 20%).

Muchos aspectos de la Leptospirosis permanecen sin explicar. La leptospirosis puede ser considerada como una enfermedad generalizada, sistémica traducida fundamentalmente por una vasculitis infecciosa.

La lesión vascular, predominantemente capilar, es un factor prominente de la leptospirosis y responsable de edema y los trastornos hemorrágicos. Afecta fundamentalmente los capilares del hígado pulmón y riñón.

(...)

Paciente femenina de 32 años de edad, previamente sana, de ocupación Docente en el área rural de Cachipay, residente en Facatativá. Consulta oportunamente por cuadro de un día de evolución consistente en malestar general, deposiciones líquidas fétidas #siete con emesis, malestar general y mareos. Con los hallazgos relevantes de severa hipotensión arterial: 80/40, frecuencia cardíaca 88/ minuto y proteína C muy reactiva elevada: 48, indicativos de alteración hemodinámica y respuesta inflamatoria severa.

Al día 2 de su cuadro reportes de laboratorio: BUN alto, creatinina alta, CK alta, fracción MB de CK alta, sodio, potasio y cloro normales, dímero D alto. Los leucocitos se elevan a 13.900 con neutrófilos del 86%. Descenso de hemoglobina y hematocrito, plaquetopenia de 125.200, tiempos de coagulación prolongados. Cultivos de faringe y hemocultivos negativos a las 48 horas.

Medicina Interna considera: paciente en mal estado general con choque de instalación rápida, sin signos de Embolismo pulmonar. Los síntomas son más compatibles con síndrome de choque tóxico, posiblemente estafilocócico.

DIAGNÓSTICOS- SÍNDROME DE CHOQUE TÓXICO-PROBABLE. 2- LEPTOSPIROSIS. 3- INSUFICIENCIA RENAL.

El mismo día 22 abril 2009 es decir el segundo día de su atención hospitalaria, Nefrología diagnóstica Insuficiencia Renal Aguda secundaria a deshidratación más rabdomiolisis, no obstante descartan realización de hemodiálisis en ese momento.

En busca del foco infeccioso y contemplando como diagnóstico diferencial abdomen agudo deciden realizar laparotomía la cual resulta en blanco; como único hallazgo hígado friable, congestivo. Apéndice sana.

En la evaluación de la Unidad de Cuidado Intensivo el 22 abril 2009, se encuentra paciente agudamente enferma, con fascies tóxica y signos de respuesta inflamatoria sistémica. Se destacan como hallazgos al examen físico paciente en estado crítico, con deshidratación severa, con ictericia, sin deterioro neurológico, polipneica, con rash en abdomen, espalda y miembros inferiores, con tensión arterial no sostenible a pesar del efecto vasopresor e inotrópico, elevación de bilirrubinas, elevación de azoados y de enzimas cardíacas.

Al día 13 de su cuadro presenta severa hipoperfusión de miembros inferiores condición que progresa y obliga a realizar amputación supracondílea bilateral de miembros inferiores el día 15 de su cuadro.

Con base en información anterior se hacen las siguientes presunciones diagnósticas: 1- Posoperatorio amputación supracondílea bilateral de miembros inferiores. 2- Choque séptico secundario a sepsis oculta. 3- Disfunción multiorgánica (hepática, renal, intestinal, respiratoria).

4.- Enfermedad diarreica aguda. 5-Postoperatorio laparotomía exploratoria + apéndicectomía. 6- Anasarca.

La paciente evolucionó de manera fulminante falleciendo a los 17 días del inicio de su cuadro sin haber establecido el diagnóstico etiológico de su enfermedad.

(...)

CUESTIONARIO FORMULADO POR EL APODERADO DE LA SOCIEDAD DEMANDADA MÉDICOS ASOCIADOS S.A.

Con soporte en las respectivas historias clínicas de la clínica Santa Ana de Facatativá y Clínica Fundadores, sírvase indicar si con los signos de ingreso de la paciente el 20 abril 2009 a la referida primera IPS, el diagnóstico de diarrea, lipotimia, Gastroenteritis de presunto origen infeccioso, podía o no tener relación con virus, intoxicación o envenenamiento. **RESPUESTA:** diarrea y lipotimia al igual que mareo y desvanecimiento no son diagnósticos, son síntomas. Al analizar estos síntomas aisladamente, éstos pueden corresponder a procesos infecciosos como la gastroenteritis viral, bacteriana, intoxicación alimenticia, etc, o a cualquier otro tipo de patología ya que son síntomas inespecíficos.

Informe si el tratamiento planteado el 20 abril 2009 en la clínica Santa Ana, por diagnóstico de diarrea, lipotimia, gastroenteritis de presunto origen infeccioso, era o fue el adecuado?

RESPUESTA: en la clínica Santa Ana se realizó un tratamiento sintomático el día 20 abril 2009; la paciente fue dada de alta de manera precoz ignorando aspectos tan importantes como la severa hipotensión de la paciente a su ingreso: 80/40, su tendencia a la taquicardia y el reporte muy elevado de la PCR: 48. Haciendo un análisis global del cuadro en ese momento requería valoración inmediata por un médico especialista en Medicina Interna y remisión inmediata a institución hospitalaria de mayor complejidad; en ese momento no se debió enviar a la casa.

(...)

7.- Sírvanse indicar cuál fue el origen posible de la referida disfunción multiorgánica el 22 abril 2009 y si tiene la misma relación con posible intoxicación, envenenamiento, dificultad respiratoria, hipotensión, oliguria, fiebre, leucocitosis leve, bilirrubinas elevadas, deshidratación severa, diarrea, lipotimia, gastroenteritis?

RESPUESTA: el origen posible de la disfunción multiorgánica presentada en esta paciente fue una Leptospirosis, infección que contempló el Médico que ingresó a la paciente cuando ésta llegó a la Clínica Médicos Asociados el día 21 abril 2009 a las 22:19 horas, por lo cual le ordenó "serología para Leptospira". Por segunda vez se contempló este diagnóstico cuando Medicina Interna lo planteó dentro de los diagnósticos desde la primera valoración que le realizó a la paciente el 22 abril 2009 a las 1:55 horas, cuando la paciente cursaba el tercer día de su cuadro grave y multisindromático. No obstante, el diagnóstico presuntivo de Leptospirosis se contempló pero no se estudió de manera profunda ni clínica ni paraclínicamente, sólo se tuvo en cuenta como un posible diagnóstico".

El apoderado de la demandada Médicos Asociados S.A. solicitó la aclaración entre otros, de la respuesta a la pregunta No. 7 del dictamen rendido por la funcionaria de Medicina Legal, solicitando complementarla, para que se indicara si se pudo apreciar el resultado del examen ordenado, y en caso de no haberse practicado, señalar si en la historia aparecía la razón de dicha conducta. Además, solicitó aclarar la parte final de la respuesta, con la finalidad de establecer si para el 21 y 22 de abril de 2009, la paciente se encontraba en tratamiento con terapia antibiótica, en seguimiento a la evolución vigilada o evolucionada por especialidad alguna (sic) en habitación o UCI, esto es, la paciente se

EXPEDIENTE No: 110013331038-2011-00320-00
REPARACION DIRECTA: SENTENCIA PRIMERA INSTANCIA

hallaba recibiendo atención médica y terapéutica pertinente y oportuna?.

Como respuesta frente a tales interrogantes, la funcionaria de Medicina Legal presentó la aclaración y complementación, en los siguientes términos:

"(...)RESPUESTA: en el folio 98 correspondiente a la evolución del 22 abril 2009 se anota "prueba especial de Leptospira pendiente". A los 10 días de su cuadro se reporta: anticuerpos, contra

leptospira tipo Ig M negativa muestra tomada el segundo día de su cuadro clínico.

En el folio 128 correspondiente a la evolución del 24 abril 2009 Cirugía General consigna en la

historia clínica "considerar leptospirosis".

Respecto al diagnóstico la literatura nos ilustra:

Cuando hay sospecha clínica avalada por epidemiología, se pide análisis del líquido cefalorraquídeo y orina para los cultivos en medio tipo Fletcher durante los primeros cinco a

siete días de la infección previo al tratamiento antibiótico.

Si la técnica de cultivo prolonga demasiado al diagnóstico confirmatorio, retrasando el tratamiento o el laboratorio no dispone de los medios adecuados para cultivar el patógeno, se recurre a técnicas/Wrológicas, siendo la prueba de aglutinación microscópica (MAT), la más utilizada por excelencia. MAT determina la capacidad de suero del paciente para aglutinar leptospirosas interrogans vivas, confirmando así su presencia o ausencia.

Al respecto se ilustra que para la confirmación de leptospirosis se realiza la prueba de microaglutinación (MAT) que es la prueba de referencia internacional para la identificación de

los serovares de LEPTOSPIRA; en este trabajo de investigación reportado, esta prueba se realizó en el laboratorio de microbiología del Instituto Nacional de Salud de Colombia. La prueba de microaglutinación permite detectar anticuerpos aglutinantes en el suero del paciente,

en ésta prueba se enfrenta el suero con los serovares de leptospira y se observa la presencia

de aglutinación, es una técnica altamente específica que además permite identificar el posible serovar infectante, brindando información que permite conocer el comportamiento epidemiológico de esta enfermedad. Se consideró como positiva cuando se observó una aglutinación mayor o igual al 50% de la leptospira. (2)

Un serotipo o serovar es un tipo de microorganismo infeccioso clasificados según los antígenos

que presentaren su superficie celular. Los serotipos permiten diferenciar organismos a nivel de

su especie, algo de gran importancia en epidemiología.

La Bencilpenicilina o penicilina G es el tratamiento de elección para leptospirosis en razón a

dosificación, biodisponibilidad y resistencia antibiótica. (3)

El 2-1 abril 2009 empíricamente, se decidió instaurar terapia antibiótica de amplio espectro con

Vancomicina y Meropenem, cubriendo gram positivos y gram negativos respectivamente, antibióticos que se ajustaban a la función renal deteriorada de la paciente en este momento.

Para el 21 y 22 abril 2009 la paciente recibía manejo multidisciplinario con seguimiento estricto por parte de: Medicina Interna, Unidad de Cuidado intensivo, Nefrología, Cirugía General”.

También se recaudó a iniciativa de la demandada Clínica Santa Ana Ltda, el dictamen rendido por el médico especialista en Urgencias de la Clínica Universidad de la Sabana, doctor Jorge Mario Salcedo Barrera, que despeja los siguientes interrogantes (fls. 504 a 508 C1):

“(...)6.- Viendo la historia clínica de CSAL en cuanto a las atenciones dada a la señora SYRM, usted considera que debía remitirse a un nivel superior de complejidad? Explique.

Respuesta: *En la consulta correspondiente al 20/04/2009 de acuerdo a los registros de la Historia Clínica se considera que se hizo un tratamiento acorde al nivel de complejidad de la CLÍNICA SANTA ANA LTDA. En la posterior consulta del 21/04/2009 fue pertinente la decisión de remisión a un nivel mayor de complejidad por requerirse una atención en unidad de cuidados intensivos, la cual no se encontraba habilitada por el prestador.*

7.- En su recto criterio ético médico y con sustento en su vasta experiencia médica, Cómo evalúa usted el comportamiento médico de los tratantes de la paciente cuya historia se adjunta. Explique. Respuesta: De acuerdo a lo anotado en los registros de la historia clínica el comportamiento médico fue adecuado en ambas consultas a la Clínica Santa Ana Ltda, no se identifica transgresión al manejo inicial de acuerdo al motivo de consulta, antecedentes, revisión por sistemas, examen físico y signos vitales, en posterior consulta se obró de acuerdo a la gravedad evidenciada en los registros de historia clínica.

8.- Considera usted que en este caso se siguieron los protocolos o guías de manejo para la atención de lo presentado en la paciente SYRM en CSAL, por qué?. Respuesta: De acuerdo a los registros de la historia clínica en la consulta inicial y en la consulta posterior se siguieron los protocolos de manejo a nivel internacional para diarrea aguda de presunto origen amebiano y bacteriano en paciente no deshidratado sin signos de sepsis, y posterior choque séptico de etiología por establecer con alta sospecha de origen intestinal”.

Además, se recaudaron en audiencia llevaba a cabo el 15 de septiembre de 2015, los testimonios de los señores Marta Nohemí Mateus Tamayo, Miguel Andrés Rodríguez Rodríguez y Elsy Yamile Daza Eslava, personas que no tenían la condición de médicos ni profesionales de la salud, quienes depusieron respecto a las condiciones del entorno familiar de la víctima y su familia, de la afectación de los familiares después de la muerte de la paciente y los perjuicios irrogados a los mismos (fls. 407 a 411 C1).

Además, en la misma fecha se recaudó el interrogatorio del demandante José Manuel Sánchez Gama, quien no confesó ningún hecho que resulte desfavorable a sus intereses como demandante, ni que favorezca a su contraparte (fls. 412-413 C1).

De las pruebas que se acaban de reseñar, se evidencia que la paciente Saira Yaneth Rodríguez Manjarres (q.e.p.d.), ingresó inicialmente a la Clínica Santa Ana Ltda, con un cuadro aparente de diarrea y gastroenteritis de origen infeccioso, le realizaron exámenes clínicos, le tomaron signos vitales, la medicaron y le dieron salida con signos de alarma.

Sin embargo, tuvo que regresar nuevamente a la citada entidad hospitalaria, por cuando su cuadro se agravó, ya que presentó cianosis central y periférica, fiebre de 38 grados y dificultad respiratoria, siendo remitida a un centro médico de mayor nivel.

EXPEDIENTE No: 110013331038-2011-00320-00
REPARACION DIRECTA: SENTENCIA PRIMERA INSTANCIA

Fue remitida a Médicos Asociados S.A. -Clínica Fundadores, donde se le practicaron múltiples exámenes y procedimientos, incluso se le realizó una laparatomía exploratoria y amputación bilateral de miembros inferiores, dado el deterioro clínico, ya que presentó isquemia. Allí desde su ingreso, el médico tratante solicitó una serología de leptospira, por sospechas de leptospirosis. Estuvo en Unidad de Cuidados Intensivos y después de 17 días aproximadamente desde su ingreso por primera vez, falleció por una falla multiorgánica, al presentar episodio súbito de bradicardia y asistolia, a pesar de que se iniciaron maniobras de reanimación avanzada con oxígeno al 100%, aporte hídrico, titulación plena de vasopresores, adrenalina, atropina. Presentó un diagnóstico de egreso de: 1.- *POP amputación supracondilea bilateral de miembros inferiores*, 2.- *Choque séptico secundario a sepsis oculta*, 3.- *Disfunción multiorgánica (hepática, renal, intestinal, respiratoria)*, 4.- *Enfermedad diarreica aguda*, 5.- *POP laparatomía exploratoria + apendicectomía* y 6.- *Anasarca*.

A primera vista, como lo reflejan las historias clínicas aportadas como prueba (carpeta adjunta en 510 folios), se evidencia que las entidades hospitalarias prestaron la atención a la paciente, por espacio de 2 días en la Clínica Santa Ana Ltda, y aproximadamente por 15 días en la entidad Médicos Asociados S.A.- Clínica Fundadores.

Es decir, que de conformidad con las pruebas aportadas, a juicio del Despacho, a ninguna de las entidades hospitalarias involucradas se les puede endilgar una falla en la atención médica dispensada a la paciente Saira Yaneth Rodríguez Manjarres, por cuanto la citada padecía de una enfermedad de difícil diagnóstico, como se demuestra con el material probatorio analizado, al punto que falleció sin contar con un diagnóstico de certeza, aunado al hecho de que los familiares de la paciente no autorizaron la práctica de la necropsia, para determinar a ciencia cierta la causa de su muerte.

En esas condiciones, lo que arroja el expediente es que la paciente falleció por su lamentable deterioro en su salud, pero no que dicho deterioro fuera por alguna causa atribuible a las entidades demandadas, lo que no se presume tratándose de responsabilidad médica, sino que, debe ser demostrado dentro del proceso, según la línea establecida por la Sección Tercera del Consejo de Estado.

De las pruebas se denota que, el personal médico de las demandadas, utilizaron los recursos técnicos que tenían a su alcance para atender la patología que aquejaba a la paciente, en cada una de las oportunidades que acudió a dichas instituciones.

Advertido lo anterior, el Despacho encuentra que, en el presente asunto no es posible endilgar responsabilidad a las entidades hospitalarias demandadas, toda vez que no obra en el expediente elemento de prueba alguno a través del cual se logre evidenciar, que hubiese incurrido en falla médica por alguna de las omisiones endilgadas por la parte actora, que se dice, causó la muerte de la paciente Saira Yaneth Rodríguez Manjarres.

En consecuencia, para el Despacho no existe criterio de causalidad que permita vincular la conducta o comportamiento del personal de Médicos Asociados S.A.-Clínica Fundadores ni de la Clínica Santa Ana Ltda. con hechos desencadenantes del daño, pues, se reitera, no obran elementos de convicción que permitan inferir que habrían sido las presuntas omisiones e irregularidades en el servicio médico prestado las que produjeron el hecho dañoso.

No obstante, debe estudiarse la responsabilidad de las entidades demandadas, atendiendo el principio *iura novit curia*, bajo la figura de una pérdida de oportunidad en cuanto a la atención médica brindada a la señora Saira Yaneth Rodríguez Manjarres, pues en el expediente, a juicio del Despacho, obra prueba de circunstancias que generaron una pérdida de oportunidad o chance para la paciente.

De la pérdida de oportunidad

En torno a este tema, el Consejo de Estado reordenó los elementos constitutivos del daño de pérdida de oportunidad en los siguientes términos¹⁵:

15.3. Falta de certeza o aleatoriedad del resultado esperado. En primer lugar, para determinar si se está en presencia de un daño de pérdida de oportunidad, es necesario establecer que, en efecto, el titular de la expectativa legítima se encontraba, para el momento en que ocurre el hecho dañino, en una situación de incertidumbre de recibir un beneficio o una ventaja esperada, o de evitar un perjuicio indeseado. La oportunidad debe encontrarse en un espacio caracterizado por no existir certeza de que su resultado habría beneficiado a su titular, pero tampoco en el que sólo exista la conjetura de una mera expectativa de realización o evitación. Si se tiene certeza sobre la materialización del resultado final, no es posible hablar del daño consistente en la pérdida de oportunidad sino de la privación de un beneficio cierto, o si se trata de una mera conjetura o ilusión, tampoco habría lugar a la configuración de una oportunidad por no tener la intensidad suficiente para convertirse en una probabilidad razonable de alcanzarse o evitarse. Así, el requisito de la "aleatoriedad" del resultado esperado tiene enormes incidencias en el plano de la indemnización, ya que si se trata de la infracción a un derecho cierto que iba a ingresar al patrimonio de la víctima o frente al cual se debía evitar un menoscabo, su indemnización sería total, mientras que si el truncamiento es solo respecto de la expectativa cierta y razonable de alcanzar o evitar un resultado final, la posibilidad truncada sería indemnizada en menor proporción.

15.3.1. En ese orden de cosas, la falta de certeza o aleatoriedad del resultado esperado consistente en la obtención de un beneficio o la evitación de un perjuicio que se busca evitar es el primer elemento para proceder a estudiar los otros que se exigen para la configuración de la pérdida de oportunidad.

15.4. Certeza de la existencia de una oportunidad. En segundo lugar se debe constatar que, en efecto, existía una oportunidad que se perdió. La expectativa legítima debe acreditar inequívocamente la existencia de "una esperanza en grado de probabilidad con certeza suficiente" de que de no haber ocurrido el evento dañoso, la víctima habría mantenido incólume la expectativa de obtener el beneficio o de evitar el detrimento correspondientes.

15.5. Pérdida definitiva de la oportunidad. En tercer lugar se debe acreditar la imposibilidad definitiva de obtener el provecho o de evitar el detrimento. Es

¹⁵ Consejo de Estado, Sección Tercera, Sentencia del 5 de abril de 2017, MP Ramiro Pazos Guerreiro, Radicado 25.706.

EXPEDIENTE No: 110013331038-2011-00320-00
REPARACION DIRECTA: SENTENCIA PRIMERA INSTANCIA

indispensable que se tenga la certeza de que la posibilidad de acceder al beneficio o evitar el perjuicio fue arrancada definitivamente del patrimonio - material o inmaterial- del individuo tornándola en inexistente, porque si el beneficio final o el perjuicio eludido aún pendiera de la realización de una condición futura que conduzca a obtenerlo o a evitarlo, no sería posible afirmar que la oportunidad se perdió, ya que dicha ventaja podría ser aún lograda o evitada y, por ende, se trataría de un daño hipotético o eventual; dicho de otro modo, si bien se mantiene incólume la incertidumbre respecto de si dicho resultado se iba a producir, o no, la probabilidad de percibir el beneficio o de evitar el perjuicio sí debe haber desaparecido de modo irreversible, en la medida en que si el resultado todavía puede ser alcanzado, el "chance" aún no estaría perdido y, entonces, no habría nada por indemnizar.

En cuanto a las características de la pérdida de oportunidad, las que la jurisprudencia¹⁶ le ha atribuido, son las siguientes: *(i) debe constituir una probabilidad seria y debidamente fundada, que permita afirmar la certeza del daño y no una mera posibilidad, vaga y genérica, que no constituye más que un daño meramente hipotético o eventual; (ii) lo perdido o frustrado es la oportunidad en sí misma y no el beneficio que se esperaba lograr o la pérdida que se pretendía eludir; (iii) la medida del daño será proporcional al grado de probabilidad que se tenía de alcanzar el beneficio pretendido; y (iv) el bien lesionado es un bien jurídicamente protegido.*

En concordancia con lo anterior, la Sección Tercera del Consejo de Estado ha referido la pérdida de oportunidad, con una naturaleza autónoma en los siguientes términos: *"(...) la Sala considera que la pérdida de oportunidad se ubica en el campo del daño, sin desconocer que por elementales razones guarda estrecho vínculo con la relación de causalidad, -la causalidad existente entre el hecho imputable y el daño para estructurar la responsabilidad- y por lo mismo, **resulta ser un perjuicio autónomo** que, no obstante, es indemnizable, diferente al daño final padecido por el paciente"*¹⁷.

Conforme a lo expuesto precedentemente, el Despacho precisa que cuando se han determinado los elementos de la responsabilidad, el hecho dañino, el resultado lesivo y la imputación del mismo a una entidad, procede la declaratoria de responsabilidad por falla en el servicio, y cuando, lo que dan cuenta los medios probatorios es que con la actuación de la entidad se concretó fue la pérdida de oportunidad del paciente de recobrar o mejorar su salud, habrá que condenarse por esa pérdida de oportunidad como daño autónomo.

De la revisión de las pruebas aportadas al plenario, se encuentra que, tanto la Clínica Santa Ana Ltda, como Médicos Asociados S.A –Clínica Fundadores le restaron oportunidad o chance a la paciente Saira Yaneth Rodríguez Manjarres, por cuanto la primera, le dio salida precoz a pesar del cuadro clínico que presentaba, lo que ameritaba la inmediata remisión a un hospital de mayor nivel de atención; y por cuenta de la última entidad hospitalaria mencionada, por quedarse en el plano del empirismo terapéutico frente a la paciente quien

¹⁶ Consejo de Estado, Sección Tercera, fecha 5 de marzo de 2015, C.P. Ramiro Pazos Guerrero.

¹⁷ Sentencia de 27 de abril de 2011, exp. 18.714. M.P. Gladys Agudelo Ordóñez; en ese mismo sentido, puede consultarse la sentencia dictada el pasado 8 de junio del presente año, exp. 19.360.

falleció sabiéndose que tenía una sepsis, pero dejando claro para los médicos de la entidad que, el foco se hallaba oculto, tal y como lo dejó en claro la prueba pericial rendida por la doctora Fabiola Jiménez Ramos del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, quien en uno y otro evento señaló:

"RESPUESTA: en la clínica Santa Ana se realizó un tratamiento sintomático el día 20 abril 2009; la paciente fue dada de alta de manera precoz ignorando aspectos tan importantes como la severa hipotensión de la paciente a su ingreso: 80/40, su tendencia a la taquicardia y el reporte muy elevado de la PCR: 48. Haciendo un análisis global del cuadro en ese momento requería valoración inmediata por un médico especialista en Medicina Interna y remisión inmediata a institución hospitalaria de mayor complejidad; en ese momento no se debió enviar a la casa.

(...)

7.- Sírvanse indicar cuál fue el origen posible de la referida disfunción multiorgánica el 22 abril 2009 y si tiene la misma relación con posible intoxicación, envenenamiento, dificultad respiratoria, hipotensión, oliguria, fiebre, leucocitosis leve, bilirrubinas elevadas, deshidratación severa, diarrea, lipotimia, gastroenteritis?

RESPUESTA: el origen posible de la disfunción multiorgánica presentada en esta paciente fue una Leptospirosis, infección que contempló el Médico que ingresó a la paciente cuando ésta llegó a la Clínica Médicos Asociados el día 21 abril 2009 a las 22:19 horas, por lo cual le ordenó "serología para Leptospira". Por segunda vez se contempló este diagnóstico cuando Medicina Interna lo planteó dentro de los diagnósticos desde la primera valoración que le realizó a la paciente el 22 abril 2009 a la 1:55 horas, cuando la paciente cursaba el tercer día de su cuadro grave y multisindromático. No obstante, el diagnóstico presuntivo de Leptospirosis se contempló pero no se estudió de manera profunda ni clínica ni paraclínicamente, sólo se tuvo en cuenta como un posible diagnóstico.

Así entonces, a pesar de que no existe prueba que acredite la falla del servicio de las entidades hospitalarias demandadas en la atención dispensada a la paciente Saira Yaneth Rodríguez Manjarres, si se encuentran demostradas con la prueba técnica referida en líneas anteriores, que una y otra adoptaron conductas que pudieron contribuir al desenlace fatal.

En ese sentido, a juicio del Juzgado, las demandadas Clínica Santa Ana Ltda, como Médicos Asociados S.A –Clínica Fundadores deberán responder por la pérdida de oportunidad que perdió Saira Yaneth Rodríguez Manjarres, de brindársele un tratamiento completo y oportuno, y de evitar las complicaciones y desenlace de su patología.

3. Liquidación de perjuicios

Entonces, teniendo en cuenta que el perjuicio que se indemniza, no deviene de la falla médica que generó la muerte de Saira Yaneth Rodríguez Manjarres, sino de la pérdida de oportunidad de la paciente de brindársele un tratamiento completo y oportuno, y de evitar las complicaciones de su patología, para efectos de la indemnización se acogerá el criterio de equidad, que ha acuñado el Consejo de Estado para estos casos de pérdida de oportunidad por cuanto no existe un mandato legal relativo a la forma en la que se debe

EXPEDIENTE No: 110013331038-2011-00320-00
REPARACION DIRECTA: SENTENCIA PRIMERA INSTANCIA

indemnizar la pérdida de oportunidad, por lo que la cuantía se valora de acuerdo con el principio de equidad, previsto en el artículo 16 de la Ley 446 de 1998.

La jurisprudencia del Consejo de Estado ha señalado sobre la forma de indemnizar la pérdida de oportunidad, lo siguiente:

“5.- Indemnización de perjuicios.

“Toda vez que no obran en el expediente más elementos probatorios que puedan ser valorados con miras a establecer, con fundamento en criterios técnicos, estadísticos y apoyándose en información objetiva y contrastada, la cuantía del daño que por concepto de pérdida de oportunidad le fue irrogado a la parte demandante, la Sala acudirá al criterio de la equidad como principio que el ordenamiento jurídico —artículo 16 de la Ley 446 de 1998¹⁸— impone tener en cuenta para efectos de reparar de forma integral el daño causado por la acción o la omisión de las autoridades públicas, a cuyo auxilio debe acudir, además, por virtud del denominado principio pro damnato, propio del derecho de daños y que sin duda ha de hacer sentir su vigor en escenarios como el del presente caso, en el cual se encuentran acreditados todos los elementos necesarios para imponer al Estado la obligación de reparar el daño antijurídico que causó, pero resulta altamente improbable —por no decir que materialmente imposible— recaudar elementos demostrativos que permitan cuantificar de forma técnica, con apoyo en elementos matemáticos y/o estadísticos, el monto del perjuicio a indemnizar.

“5.1.- Perjuicios derivados de la pérdida de la oportunidad de la víctima directa.

“(…) la Sala no se pronunciará respecto de los perjuicios materiales solicitados en la demanda, comoquiera que ellos derivan de la muerte de la víctima directa, motivo por el cual se reconocerá, con fundamento en el principio de equidad antes mencionado, una suma genérica para cada demandante, habida cuenta que cada uno de ellos demostró su interés para demandar dentro de este proceso y su consiguiente legitimación en la causa por activa dentro del mismo”¹⁹ (negrillas y subrayas del Despacho).

Esta forma de hacer el reconocimiento, también ha dicho la jurisprudencia, surge de la dificultad de indemnizar con base en datos estadísticos o exactos de cuya prueba adolecen casos como el que se examina, razón por la cual se acude al criterio de equidad, a fin de evitar condenas en abstracto.²⁰

¹⁸ Original de la cita: “Precepto cuyo tenor literal es el siguiente: ‘Dentro de cualquier proceso que se surta ante la Administración de Justicia, la valoración de daños irrogados a las personas y a las cosas atenderá los principios de reparación integral y equidad y observará los criterios técnicos actuariales’”.

¹⁹ Consejo de Estado Sección Tercera, Subsección A, sentencia del 11 de agosto de 2010, expediente 18.593, CP: Mauricio Fajardo Gómez. Reiterada por el Consejo de Estado Sección Tercera, Subsección A, en sentencia del 24 de mayo de 2017, número interno (41319).

²⁰ Consejo de Estado Sección Tercera Subsección A, Sentencias del 13 de marzo de 2013, exp. 500012331000199605793-01 (25.569) y del 21 de marzo de 2012, exp. 54001233100019972919-01 (22.017), ambas con ponencia del Magistrado Mauricio Fajardo Gómez.

De acuerdo con la sentencia citada, no se reconocerán los perjuicios morales ni materiales, ni daño a la salud pretendidos por los demandantes, pues, se reitera, no es consecuencia de la falla en el servicio, de donde surge la indemnización, sino como un perjuicio autónomo consistente en la pérdida de la oportunidad de la paciente de brindársele un tratamiento completo y oportuno, y de evitar las complicaciones de su patología, sobre el cual, con fundamento en la equidad, se reconocerá una suma genérica.

Entonces, en atención al principio de equidad, utilizado en estos casos para efectos de la tasación de la indemnización y a las condiciones especiales acreditadas en el proceso, el Despacho reconocerá, a favor de los demandantes José Samuel Sánchez Gama, en calidad de esposo de la víctima, y a favor del menor Juan Nicolás Sánchez Rodríguez hijo de la víctima, representado por su padre, el equivalente a cuarenta (40) s.m.l.m.v. para cada uno.

4. Solución al problema jurídico

El problema jurídico planteado, referente a dilucidar si se cumplen los presupuestos de responsabilidad en cabeza de las entidades demandadas, por la eventual falla en el servicio originada en la atención médica suministrada por la Clínica Santa Ana Ltda, como por Médicos Asociados S.A –Clínica Fundadores, a Saira Yaneth Rodríguez Manjarres, se resolverá negativamente, por cuanto la parte actora no cumplió con la carga probatoria de acreditar el las falencias en la prestación del servicio por cuenta de las demandadas.

Sin embargo, se condenará a las citadas por la pérdida de oportunidad de la paciente de brindársele un tratamiento completo y oportuno, y de evitar las complicaciones y desenlace de su patología.

Se declarará de oficio la Falta de legitimación en la causa por pasiva frente a las demandadas la Nación –Ministerio de Educación Nacional, Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio -Fiduciaria la Previsora S.A.

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 de oficio la falta de legitimación por pasiva de las demandadas **Nación –Ministerio de Educación Nacional, Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio -Fiduciaria la Previsora S.A.**, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva.

SEGUNDO: DECLARAR la responsabilidad patrimonial y solidaria de las demandadas **Clínica Santa Ana Ltda. y Médicos Asociados S.A.**, por la pérdida de oportunidad de la paciente de brindársele un tratamiento completo y oportuno, y de evitar las complicaciones

EXPEDIENTE No: 110013331038-2011-00320-00
REPARACION DIRECTA: SENTENCIA PRIMERA INSTANCIA

y el desenlace de su patología, por las razones expuestas en la parte motiva de la providencia.

TERCERO: En consecuencia, **CONDENAR** a **Clínica Santa Ana Ltda.** y a **Médicos Asociados S.A.** a pagar a los siguientes demandantes los siguientes valores, por concepto de perjuicio derivado de la pérdida de oportunidad:

Para **José Samuel Sánchez Gama**, en calidad de esposo de la víctima, y a favor del menor **Juan Nicolás Sánchez Rodríguez** hijo de la víctima, representado por su padre José Samuel Sánchez Gama, el equivalente a cuarenta (40) salarios mínimos legales mensuales vigentes al momento de la presente sentencia, para cada uno.

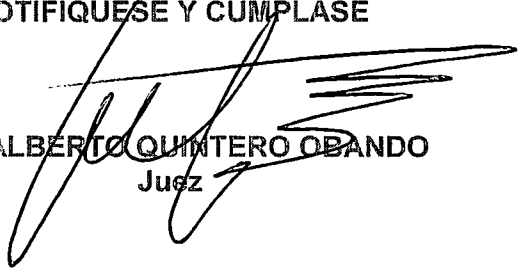
CUARTO: **NEGAR** las demás pretensiones de la demanda, por las consideraciones sentadas en la parte motiva.

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

SEXTO: 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

SEPTIMO: **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
Juez