



Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

**TRIBUNAL DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO DE RISARALDA
SALA SEGUNDA DE DECISIÓN
MAGISTRADO PONENTE: JUAN CARLOS HINCAPIÉ MEJÍA**

Aprobado por la Sala en sesión de hoy
Pereira, veinte (20) de febrero de dos mil veinticinco (2025)

Referencia:

Radicado: 66001-33-33-005-2018-00191-01 (J-1301-2022)

Reparación Directa

Demandante: María Patricia Cano García y otros

Demandado: E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira y otro

Apelación de Sentencia

Procede la Sala a decidir sobre el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante contra la sentencia proferida el 20 de septiembre de 2022 en este proceso por el Juez Quinto Administrativo de Pereira, **mediante la cual se negaron las súplicas de la demanda.**

SÍNTESIS DEL CASO

Los señores María Patricia Cano García, actuando en nombre propio y en representación de sus hijos menores de edad Eylen Gabriela Cardona Cano, Diego Alejandro Cardona Cano, Andrés Felipe Hernández Cano, Yulieth Carolina Hernández Cano y Brenda Yisney Hernández Cano; Gustavo Adolfo Cardona Giraldo, José Vicente Quitián Cardona, Julián Quitián Cardona, Ramón José Castaño Cardona, María Eucaris Cardona Cruz, Uriel Antonio Quitián Castañeda, Gloria Inés Quitián Castañeda, Jesús Teodoro Quitián Castañeda y José Julián Quitián Arboleda, a través de apoderado judicial, presentaron demanda en ejercicio del medio de control de reparación directa contra la ESE Hospital San Vicente de Paul de Santa Rosa de Cabal y la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira, con el fin de que se les declare administrativa y solidariamente responsables por los

daños y perjuicios ocasionados a los demandantes, **en virtud de las fallas en la prestación del servicio médico que derivaron en la muerte del señor Ramón Ulises Cardona ocurrida el 20 de mayo de 2016**, frente a lo cual obtuvieron sentencia denegatoria de las súplicas de la demanda en atención a que con la prueba allegada se pudo inferir que la atención prestada por las entidades hospitalarias fue la adecuada, sin embargo, la parte actora solicita que se revoque la sentencia porque considera que no se valoró la pérdida de oportunidad por la remisión tardía del paciente a mayor nivel de atención y que en el Hospital Universitario San Jorge de Pereira adquirió una infección o bacteria intrahospitalaria.

ANTECEDENTES

I. PRETENSIONES

Se resumen así:

1. Que se declare administrativa y solidariamente responsables a la ESE Hospital San Vicente de Paúl y a la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira por el fallecimiento del señor Ramón Ulises Cardona y, en consecuencia, sean condenadas al pago de las siguientes sumas:

1.1. Por perjuicios morales:

Para María Patricia Cano García, Eylon Gabriela Cardona Cano, Diego Alejandro Cardona Cano, Andrés Felipe Hernández Cano, Yulieth Carolina Hernández Cano, Brenda Yisney Hernández Cano y Gustavo Adolfo Cardona Giraldo, la suma equivalente a 100 salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Para José Vicente Quitián Cardona, Ramón José Castaño Cardona, María Eucaris Cardona Cruz, Julián Quitián Cardona la suma equivalente a 50 salarios mínimos legales mensuales vigentes. Para Uriel Antonio Quitián Castañeda, Gloria Inés Quitián Castañeda, Jesús Teodoro Quitián Castañeda y José Julián Quitián Arboleda la suma equivalente a 35 salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Para Ramón Ulises Cardona, la suma equivalente a 100 salarios mínimos legales mensuales vigentes. En virtud de la transmisibilidad de la reparación del daño moral y en aplicación de la reparación integral de perjuicios, esta suma se deberá pagar

en favor de su compañera permanente y de sus hijos quienes actúan como demandantes, que sean menores de edad o se encuentren en estado de discapacidad.

1.2. Daño a la salud:

Para Ramón Ulises Cardona, la suma equivalente a 100 salarios mínimos legales mensuales vigentes, en calidad de víctima directa. En virtud de la transmisibilidad de la reparación del daño moral y en aplicación de la reparación integral de perjuicios, esta suma se deberá pagar en favor de su compañera permanente y de sus hijos quienes actúan como demandantes.

1.3. Por perjuicios materiales:

Por este concepto reclama la suma equivalente a doscientos cuarenta (240) salarios mínimos legales mensuales para la compañera permanente e hijos del causante. Se diferenciará entre el período vencido o consolidado y el futuro o anticipado, con las fórmulas utilizadas por el Consejo de Estado, teniendo en cuenta lo devengado por el causante y su esperanza de vida conforme a las tablas establecidas por el DANE. Estas sumas deberán indexarse al momento de la sentencia, de conformidad con el IPC.

2. Las condenas líquidas reconocidas devengarán intereses moratorios desde la fecha de ejecutoria de la sentencia hasta su pago total. Así mismo se tendrá en cuenta que todo pago parcial se imputará primero a intereses, de conformidad con el inciso tercero del artículo 192 del CPACA y el artículo 1653 del Código Civil.

3. Que se condene en costas a las entidades demandadas.

II. HECHOS

Se resumen de la siguiente manera:

1. El día 1 de abril de 2016 el señor Ramón Eulises Cardona acudió a la ESE Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal por cuadro de 9 días de evolución de dolor abdominal en epigastrio e hipocondrio derecho asociado con

coloración amarilla de los ojos, fiebre no cuantificada, malestar general, emesis en 2 episodios y prurito en el cuerpo, por lo que se le dio diagnóstico de ictericia no especificada y se ordenaron exámenes de laboratorio.

2. El mismo día, a las 19:52 se registró anotación médica en la que se consignó que el paciente se encontraba con abdomen blando depresible con dolor a la palpación profunda en hipocondrio derecho, con ictericia con patrón obstructivo y con marcado aumento de bilirrubinas y transaminasas, por lo que se diagnosticó cálculo de conducto biliar sin colangitis ni colecistitis. Se solicitó remisión a nivel superior urgente para toma de ecografía y valoración por cirugía general, pero la misma no se realizó de manera oportuna.

3. En las anotaciones de la historia clínica del 2 de abril, se continúa con el mismo diagnóstico y solamente fue remitido a la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira el 4 de abril a las 11:07.

4. Para el 6 de abril, es valorado por anestesiología, que determina riesgo bajo, se ordena continuar con el manejo médico instaurado, a la espera del procedimiento CPRE.

5. El día 7 de abril el paciente estuvo en regular estado general, en ecografía de abdomen total, el médico observó una imagen densa que no deja sombra acústica y mide 7 mm al interior del colédoco, por lo que no se pudo descartar coledocolitiasis y se le practicó esfinterotomía de acceso, la cual tuvo que ser suspendida por riesgo de perforación, se pasa a posoperatorio, refiere que ha perdido 8 kg de peso y presenta emesis con sangre.

6. Para los días 8, 9 y 10 de abril, el estado de salud del paciente se deterioraba paulatinamente y persistía el mismo diagnóstico y la hematemesis.

7. El día 11 de abril de 2018 continúa con sacro digestivo alto, hematemesis y episodios de hemorragia por el recto, se le practica CPRE + implante de stent biliar de plástico y se consignan como diagnósticos en la historia clínica: 1) hepatolitis resuelta, 2) coledocolitiasis múltiple resuelta, 3) cálculo enclavado en la papila, 4) síndrome de Mirizzi tipo I POP CPRE + esfinterotomía + extracción de cálculos + implante de stent biliar de plástico.

8. Según nota de la historia clínica del 16 de abril, nuevamente se realizó intervención quirúrgica denominada colecistectomía, sin complicaciones. Ese mismo día, fue transfundido con dos unidades de sangre, se encontraba en regulares condiciones, hipotenso, taquicárdico y hemodinámicamente inestable.

9. Para el 17 de abril se le realiza transfusión nuevamente y es reservado en UCI, se le diagnosticó choque hipovolémico, producto de la hemorragia o el sangrado de tracto gastrointestinal. Ingresó a UCI y de acuerdo con la nota se pudo observar el estado crítico del paciente posterior al procedimiento realizado.

10. El 20 de abril se registra en anotación médica que el paciente presenta un derrame pleural, sin que se le haya dado en todo el tiempo manejo con antibiótico, como se observa en nota del 22 de abril, aumentando el riesgo de infección. De acuerdo con el reporte de los exámenes del 28 de abril el paciente presenta disuria, temperatura de 39 grados, oximetría en 86, lo que con los resultados del uroanálisis, el urocultivo y la anotación del 29 del mismo mes, denotan una infección en asocio de una neumonía adquirida en el centro hospitalario, a la cual no se le dio un tratamiento correcto y oportuno, aunado a que varios de los antibióticos no fueron autorizados, lo que contribuyó en el deterioro del estado del paciente.

11. El señor Ramón Ulises Cardona finalmente falleció el 20 de mayo.

12. Las múltiples fallas en la prestación del servicio y la muerte del paciente, ocasionaron perjuicios a los demandantes, tanto a la salud como morales, pues los privó de la compañía de su ser querido, con quien tenían vínculos de amor, solidaridad, socorro y ayuda. Y en virtud de que el paciente estuvo hospitalizado por más de un mes y fue sometido a procedimientos quirúrgicos y posoperatorios, sufrió de dolores intensos, tristeza, desesperación y angustia, por lo que debe reconocerse la reparación del daño moral y a la salud y la transmisibilidad de los mismos, en virtud de la reparación integral de perjuicios, en favor de su compañera permanente y sus hijos.

13. El señor Ramón Ulises Cardona era maestro de obra y devengaba una suma aproximada de \$2.200.000 mensuales, la cual destinaba para el sostenimiento de su compañera permanente y sus hijos.

III. INTERVENCIONES DE LAS ENTIDADES DEMANDADAS Y LAS LLAMADAS EN GARANTÍA

La entidad demandada E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira¹ compareció al proceso, indicando que se presentó una tardanza del paciente para consultar a tiempo, toda vez que cuando acudió a la institución de primer nivel llevaba un cuadro de evolución de nueve días, consistente en dolor abdominal asociado con coloración amarilla de los ojos, fiebre no cuantificada, malestar general, emesis en dos episodios y prurito en el cuerpo, omitiendo el deber de autocuidado.

Sostiene que al ingreso del paciente a la entidad no requería un procedimiento quirúrgico de manera urgente, pues se encontraba hemodinámicamente estable, sin signos de SIRS², ni de sepsis; además se le practicaron exámenes de laboratorio e imagenológicos y fue valorado por cirugía general y se indicó como impresión diagnóstica una posible coledocolitiasis, por lo que se ordenó una CPRE terapéutica, la cual fue programada en un tiempo prudencial, pero tuvo que suspenderse debido a que se presentó un edema de papila con alto riesgo de perforación, y se practicó 72 horas después, el 11 de abril.

Afirma que la colecistectomía que se le practicó se hizo oportunamente y en ella se consignó como hallazgo de importancia un síndrome de Mirizzi tipo I, que se había diagnosticado desde el CPRE, el cual ya estaba instaurado cuando ingresó a esa institución hospitalaria y fue consecuencia de la permanencia de larga data del cálculo en la vía biliar, por no haber consultado a tiempo, generando la complicación propia de la enfermedad y haciendo que su tratamiento terapéutico fuera más complejo. Añade que el sangrado posoperatorio que presentó el paciente era esperable debido a la dificultad del procedimiento y fue llevado de manera inmediata a cirugía para su adecuada resolución a través de laparotomía exploratoria.

Expone que el paciente solo ingresó a la UCI el 17 de abril de 2016 luego del posoperatorio y salió de dicha unidad el día 22 del mismo mes y año y que las transfusiones sanguíneas se hicieron para corregir el choque hemorrágico presentado, sin que ello evidenciara un hemoperitoneo en el paciente, pues esto fue

¹ Archivo 1, págs. 180 a 195 y Archivo 2 págs. 104 a 121 del Expediente Digital.

² Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica.

resuelto con la laparotomía exploratoria realizada.

Refiere que luego de la última intervención quirúrgica se le practicaron múltiples exámenes y ecografías abdominales que no documentaban la colección de líquidos y solo en la ecografía del 19 de mayo, en la que se señaló el hallazgo de líquido libre en la pelvis con probable presencia de material hemático pélvico, pero ello se descartó con la paracentesis realizada y se determinó la presencia de líquido ascítico.

Finalmente, sostiene que con los hemocultivos realizados al paciente, los cuales fueron todos negativos, se descarta la imputación efectuada por la parte demandante en cuanto a que el paciente adquirió una infección o bacteria intrahospitalaria. Aduce que los reportes positivos fueron relativos a los líquidos de la bilis y ascítico, con perfil microbiológico multisensible, es decir que no corresponde al perfil epidemiológico de una bacteria asociada a la atención en salud, cuya característica es la multirresistencia.

Propone las excepciones de culpa exclusiva del paciente e inexistencia de nexo causal entre el acto médico y el daño.

La E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal, allegó escrito³ en el cual se opuso a las pretensiones de la demanda y explicó que no existe elemento de convicción que permita predicar su responsabilidad y realiza una exposición de la atención médica y hospitalaria prestada a la víctima.

Expone que el paciente ingresó a urgencias el 1º de abril de 2016 debido a un fuerte dolor abdominal en epigastrio e hipocondrio derecho, con 9 días de evolución, por lo que se le realizó examen físico y se ordenaron paraclínicos, y finalmente se diagnostica ictericia no especificada. El mismo día en la revaloración y con los resultados de los laboratorios, se confirma el compromiso hepatobiliar con sospecha de colelitiasis y coledocolitiasis, por lo que se solicita la remisión a un nivel de complejidad superior para toma de ecografía y valoración por cirugía general, permaneciendo en observación mientras se hacía efectiva la remisión, en la cual el personal asistencial de la ESE no dejó de insistir hasta el momento en que se logró, el 3 de abril del mismo año.

³ Archivo 1 páginas 246 y s.s. y Archivo 2 del expediente digital.

Explica la normatividad, organización y funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia en Colombia, y concluye que la respectiva EPS, que en este caso era Asmet Salud, es la responsable de la gestión de la remisión y la ubicación del paciente, pero en muchas ocasiones para agilizar el trámite, desde la IPS de baja complejidad, además de reportarse el paciente a la EPS, también se comunica con la IPS de alta complejidad para comentarlo, como sucedió en este caso específico.

Agrega que la remisión se hace de acuerdo a la prioridad que le dan a cada caso particular y a la disponibilidad de recursos o camas, pues sin autorización está prohibido el traslado de pacientes remitidos por urgencias.

Considera que la atención en la institución hospitalaria fue oportuna y las decisiones que se tomaron fueron pertinentes, pues se identificaron factores de riesgo que podían comprometer el bienestar del paciente, lo que constituye prueba de que no se presentó falla en el servicio, y la presunta demora en la remisión no dependía de la entidad, por lo que no pueden considerarse estas circunstancias como el origen de las complicaciones que posteriormente presentó el señor Cardona, aunado al hecho de los nueve días de evolución o de demora en consultar por urgencias, lo que podría encajar en la figura de culpa de la propia víctima.

Formula las excepciones que denominó falta de presupuestos para la imputación del daño, inexistencia de falla del servicio o ausencia de responsabilidad y obligación de medio y no de resultado.

La llamada en garantía por la E.S.E. Hospital Santa Mónica, Allianz Seguros S.A.⁴, se opuso a las pretensiones de la demanda, indicando que no se reúnen los elementos que podrían estructurar la responsabilidad preciada, y contrario a lo que sostiene la parte demandante, la atención brindada al señor Ramón Ulises Cardona se ajustó a la *lex artis* y se prestó de forma oportuna y que el fallecimiento del mismo se debió a causas no atribuibles al manejo médico quirúrgico, sino a las complicaciones propias del síndrome de Mirizzi tipo I y del severo proceso inflamatorio en triángulo de Calot.

Formula las excepciones denominadas inexistencia de responsabilidad y de

⁴ Págs. 160 y s.s. Archivo 2 del expediente digital.

obligación indemnizatoria a cargo de la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira, actuación diligente, cuidadosa, perita y carente de culpa del Hospital Universitario San Jorge de Pereira y carencia de prueba del supuesto perjuicio.

Frente al llamamiento en garantía expresa que la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022040279 / 0 no tenía vigencia para el momento en que se formuló la primera reclamación al asegurado, esto es, el 17 de mayo de 2018, cuando se radicó la solicitud de conciliación extrajudicial ante la Procuraduría, pero señala que la Póliza No. 022222063 / 0 se encontraba vigente entre el 31 de enero de 2018 y el 30 de enero de 2019, lapso durante el cual se formuló el reclamo antes referido, aclarando que la misma opera con estricta sujeción a sus condiciones generales y particulares, a la modalidad de cobertura, a los límites asegurados y a las disposiciones que rigen el contrato de seguro.

Como excepciones frente al llamamiento propone las de inexistencia de cobertura de la póliza de responsabilidad civil profesional clínicas y hospitales No. 022040279 / 0, vigente desde el 31 de enero de 2017 hasta el 30 de enero de 2018, límite temporal de la cobertura otorgada en la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022222063 / 0, vigente desde el 31 de enero de 2018 hasta el 30 de enero de 2019, ausencia de cobertura de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022222063 / 0, vigente desde el 31 de enero de 2018 hasta el 30 de enero de 2019, por la no realización del riesgo asegurado, límites máximos de responsabilidad, condiciones del seguro y disponibilidad del valor asegurado y exclusiones de amparo.

La llamada en garantía **Mapfre Seguros Generales de Colombia S.A.**⁵ señaló que acoge en su integridad la defensa hecha por la llamante en garantía E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira y sostiene que se opone a las pretensiones no reconocidas por esa entidad, para lo cual aduce que las conclusiones de la parte demandante son de carácter subjetivo y con transcripciones parciales que sacan de contexto el contenido de la historia clínica.

Destaca que en el caso concreto se logró demostrar que el paciente fue atendido en forma oportuna y diligente, cumpliendo la *lex artis* y las guías médicas de atención, por las especialidades de cirugía general y gastroenterología, se le

⁵ Págs. 269 y s.s. Archivo 2

hicieron los exámenes de laboratorio y de apoyo diagnóstico y se le practicaron los procedimientos quirúrgicos para atender la patología inicial, con las complicaciones que se presentaron, las cuales fueron consecuencia de la tardanza del mismo paciente en acudir a un centro médico, y pese a todas las atenciones médicas y hospitalarias el paciente falleció. Agrega que la práctica médica es de medios y no de resultados.

Propone las excepciones de ausencia de culpa y consecuentemente de responsabilidad de la demandada E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira y la llamada en garantía Mapfre Seguros Generales de Colombia S.A., cumplimiento de la *lex artis* y cobro de lo no debido.

Finalmente, se opone a las pretensiones del llamamiento en garantía por cuanto el seguro expedido como aseguradora directa contemplaba la modalidad *claims made* y tuvo vigencia hasta el 30 de enero de 2017 y para la fecha de la reclamación, que se surte con la audiencia de conciliación realizada el 5 de julio de 2018, la vigencia del seguro había expirado, quedando sin amparo para reclamaciones presentadas con posterioridad a esa fecha. Igual situación ocurre con la póliza en la que Mapfre actuaba como coaseguradora de Allianz, pues su participación en ella terminó el 31 de enero de 2018. Formula como excepciones las que denominó modalidad de cobertura “*claims made*” por reclamación, existencia de otros seguros, coaseguro cedido, ausencia de responsabilidad por parte de la aseguradora como consecuencia de una sentencia a favor de la demandada llamante en garantía, garantías a cargo del asegurado y del asegurado en caso de un acontecimiento adverso.

- La llamada en garantía **La Previsora S.A. Compañía de Seguros**, presentó escrito⁶ en el que manifiesta que se opone a las pretensiones, declaraciones y condenas solicitadas, por cuanto considera que a la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal no le cabe responsabilidad por los hechos endilgados en la demanda y se configuran eximentes que exoneran a esa entidad y a la aseguradora de la obligación indemnizatoria.

Expone que coadyuva las excepciones propuestas por la llamante en garantía, así como los argumentos de defensa señalados en la contestación de la demanda.

⁶ Páginas 3 y s.s. del archivo 3 del expediente digital.

Formula como medio exceptivos principales los de cumplimiento de las obligaciones, diligencia y cuidado de la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal en la atención prestada al señor Ramón Ulises Cardona, inexistencia de nexo causal y carga de la prueba. Como subsidiarios propone los de insuficiencia de la prueba para demostrar perjuicios, irreal tasación de perjuicios y ausencia o indebida acumulación de pretensiones.

Sobre el llamamiento en garantía precisa que en todas las vigencias la póliza ha sido expedida bajo la modalidad *claims made*, por lo que debe afectarse la que se encontraba vigente para el momento de la reclamación a la entidad demandada, es decir, cuando se convocó y celebró la audiencia de conciliación.

Sostiene que la póliza se encuentra regulada por un clausulado donde constan los amparos y las exclusiones, por lo que si se configura alguna situación que encaje dentro de las últimas, la aseguradora estaría exenta de indemnizar a su asegurado.

Propone como excepción principal al llamamiento en garantía la de inexistencia de obligación al no existir responsabilidad imputable al asegurado, y como subsidiarias las de límite y sublímite de la suma asegurada y reembolso y deducible pactado.

IV. LA SENTENCIA APELADA

El Juzgado Quinto Administrativo de Pereira **negó las súplicas de la demanda**, al concluir que, no existe responsabilidad de la E.S.E. Hospital San Vicente de Paul de Santa Rosa de Cabal en la remisión del paciente, pues de las anotaciones de la historia clínica y las declaraciones vertidas por los galenos que participaron en la atención, únicas pruebas que obran en el expediente, se puede evidenciar que la orden se dio desde el primer día en que aquel hizo su ingreso a la institución, y la responsabilidad de la realización de tal traslado correspondía a la entidad prestadora de salud a la cual estaba afiliado, esto es, la E.P.S. Asmet Salud, o al Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres -CRUED, según los contratos y convenios suscritos para esta labor.

Advirtió que las pruebas que reposan en el plenario demuestran que la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal no incurrió en una falla del

servicio y que la atención médica que brindó al señor Ramón Ulises Cardona fue adecuada conforme a la impresión diagnóstica que se tuvo en esa institución y si bien la orden de remisión se impartió oportunamente, la aceptación del paciente en un nivel superior de atención no era responsabilidad suya, pese a lo anterior el personal médico decidió colaborar en dicha tarea, por la necesidad de que se cumpliera con el traslado y así se hizo efectivo después de varios días de hospitalización.

Frente a la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira consideró que la atención prestada por el personal médico y asistencial fue oportuna, adecuada y diligente, toda vez que dicho centro hospitalario le brindó todos los medios técnicos y científicos que tenía a su alcance y adoptó todas las medidas tendientes a preservar la salud del paciente y su bienestar, pues se le realizaron todos los procedimientos quirúrgicos que aquel requería para resolver las patologías de coledocolitiasis y colelitiasis que se evidenciaron en una primera valoración y luego se practicó la colecistectomía para resolver de manera definitiva el síndrome de Mirizzi identificado en la intervención primigenia, y luego de ello, se le prestaron todos los tratamientos, medicamentos y procedimientos que requirió para tratar de contener los eventos clínicos de su condición de salud, para lo cual se le administraron unidades de glóbulos rojos en la cantidad que lo requirió, se le formularon antibióticos tanto de amplio espectro como los indicados para la situación que presentaba en el momento, se le realizaron terapias respiratorias para lograr restablecer la saturación de oxígeno a límites normales en los cuales no necesitara oxígeno suplementario, y otra serie de ayudas terapéuticas, con el fin de recuperar su estado de salud.

Destaca que pese a las afirmaciones de la parte demandante respecto a que el paciente no fue diagnosticado debidamente y no recibió un tratamiento acorde con la patología que lo aquejaba, dentro del expediente digital no obra prueba pericial u otro medio de convicción que permita inferir que le asiste razón; que en el presente trámite la parte demandante se limitó a referir e interpretar las anotaciones de la historia clínica, lo que no permite al Despacho determinar con grado de certeza que la forma de proceder de los profesionales de la salud que atendieron al señor Ramón Ulises Cardona, haya sido negligente o contraria a la *lex artis* médica frente a las diferentes patologías que este presentó durante su hospitalización en la entidad.

Sostiene que no obra en el proceso una prueba técnica o dictamen médico que permita establecer que las causas del fallecimiento del paciente, sean imputables a un tratamiento inadecuado o deficiente proporcionado por parte de los galenos pertenecientes a la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira, o que se hubiera omitido alguna actuación por parte de estos, contrario sensu, con la prueba allegada se puede inferir que la atención prestada por la entidad, estuvo siempre encaminada a solucionar el cuadro clínico con el que cursaba el paciente, pero que debido a la involución que presentó en los últimos días de su estadía en el centro hospitalario, no fue posible recuperar su salud y falleció.

Tampoco encontró prueba de lo manifestado referente a la presunta adquisición de una infección asociada a la atención en salud, pues contrario a la manifestación de que el paciente no recibió tratamiento preventivo de antibióticos, a lo largo de la historia clínica y en las declaraciones de los médicos tratantes, se evidencia que el paciente sí estaba cubierto con antibióticos de amplio espectro y luego fue medicado con cefuroxime y metronidazol, aunado a ello los hemocultivos practicados al paciente en diferentes fechas arrojaron resultados negativos. Respecto de la «*eschericia coli*» aislada en el drenaje subhepático del 5 de mayo de 2016, si bien es cierto que el juzgador puede acudir a indicios o a pruebas indirectas para afincar la responsabilidad, ello no es posible en el presente caso, debido a la ausencia de material probatorio, diferente a la historia clínica y las declaraciones técnicas recaudadas, que permita arribar a la conclusión de que la misma hubiera tenido la condición de nosocomial y que fuera causa efectiva del fallecimiento del señor Cardona.

V. EL RECURSO DE APELACIÓN

El apoderado de la **parte demandante**, mediante escrito que obra en el archivo 62 del expediente digital, interpuso y sustentó recurso de apelación en el que sostiene que la sentencia de primera instancia desvió la atención en lo atinente a la falla en la prestación del servicio en la que incurrieron los demandados; que se desconocieron los lineamientos jurisprudenciales tan decantados como la pérdida de oportunidad en relación con la tardanza en la remisión del paciente por parte del Hospital San Vicente de Paul de Santa Rosa de Cabal, y que se afianzó en las simples y meras especulaciones que no tienen ningún respaldo científico ni jurídico.

Sostiene que conforme a las condiciones en las que ingresó el paciente, así como

el diagnóstico que le fue dado, requería de manera inmediata una remisión urgente a un hospital de mayor complejidad, no obstante, esta no se realizó de manera acorde y oportuna, siendo el primer eslabón de la larga cadena de fallas en la prestación del servicio.

Considera que la tardanza en la remisión del paciente, afectó considerablemente su condición y se le mermó la posibilidad de acceder a un sistema de salud acorde (Hospital de mayor complejidad) y consecuentemente la posibilidad de recuperar su salud.

Por otra parte, refiere que se debe analizar el mal manejo que se dio en el Hospital Universitario San Jorge de Pereira, donde el paciente adquirió una infección o bacteria intrahospitalaria, que aunado a las demás fallas médicas, fue un determinante en las protuberantes fallas médicas.

Indica que en el expediente obra prueba que efectivamente el paciente adquirió una infección intrahospitalaria, la que se traduce en una falla en la prestación del servicio, toda vez que la jurisprudencia del Honorable Consejo de Estado, ha determinado que constituye una falla y por ende responsabilidad administrativa.

VI. PRONUNCIAMIENTO DE LOS NO APELANTES FRENTE AL RECURSO DE APELACIÓN

El **Hospital Universitario San Jorge de Pereira**, presentó escrito visible en el archivo 9 del expediente digital de segunda instancia, indicando que la parte actora no señala de manera expresa en qué consistió el presunto «mal manejo» al que se hace referencia.

Frente a la infección asociada a la atención en salud que se alega adquirió el paciente durante su estancia hospitalaria, señala que al paciente se le documentó una infección en el sitio operatorio y conforme se desprende de la historia clínica y lo dejó dicho el doctor Mendoza, la misma era superficial, siendo el paciente sometido a curaciones, resolviéndose dicha situación; prueba de ello es que al paciente le fueron realizados hemocultivos, los cuales fueron negativos.

No así sucedió con los cultivos realizados al líquido biliar y ascítico (extraído al

momento de la cirugía), los cuales fueron positivos para «*schierichia colli*», con un perfil microbiológico multisensible, aclarándose que dicha bacteria es la más común en el líquido biliar y así lo describe la literatura médica.

Aduce que no se encuentra entonces que dicha infección tenga relación con la atención brindada en la E.S.E HUSJ, máxime que conforme lo explicó el doctor Mendoza, el porcentaje de infección cuando se presenta un plastrón vesicular, como fue el caso del paciente, el cual le fue encontrado en la colecistectomía, el riesgo de infección es muy alto, siendo dicha infección propia de la misma enfermedad que aquejaba al paciente y no con motivo de la estancia hospitalaria como se pretende hacer ver; por otro lado, el paciente estuvo cubierto con antibióticos de amplio espectro, inicialmente de manera empírica y posteriormente se ajustó el manejo antibiótico con los reportes del antibiograma, y con direccionamiento de infectología, sin que pueda establecerse que fue dicho proceso infeccioso el causante del fallecimiento del paciente; pues esa causa no está soportada en los exámenes de laboratorio que le fueron tomados al paciente.

La llamada en garantía La Previsora S.A. allegó pronunciamiento en el archivo 10 del expediente digital de segunda instancia, en el cual hace referencia al principio de congruencia, indicando que la decisión que se adopte en segunda instancia se proferirá de acuerdo a las pretensiones y excepciones probadas, por lo tanto, no es dable proferir sentencia bajo lineamientos de facultades extra petita y/o ultra petita.

Reitera que frente al Hospital San Vicente de Paul de Santa Rosa de Cabal ninguna de las pruebas allegadas al proceso dan cuenta de algún incumplimiento, tardanza, negativa de atenciones u órdenes médicas, por el contrario, demuestran que todos los procedimientos y atenciones se dieron con oportunidad, y respecto de la atención brindada no se vislumbra que los galenos hayan desatendido los protocolos médicos establecidos, sino que se percibe que fueron diligentes, de conformidad con lo establecido por la *lex artis*.

Afirma que en caso de atribuir responsabilidad al asegurado en virtud de que se comprobase que el daño alegado por los demandantes tiene su génesis en la responsabilidad individual de los galenos tratantes del mismo o que le prodigaron alguna atención, no habrá lugar a cobertura por tratarse de un evento expresamente excluido de cobertura y reitera el límite del valor asegurado y el sublímite para daños extrapatrimoniales.

VII. CONSIDERACIONES DE LA SALA

1. COMPETENCIA

Agotado el trámite de Ley sin que se observe causal de nulidad que invalide la actuación que hasta ahora se ha surtido, procede el Tribunal a decidir sobre el asunto litigado, **siendo competente para hacerlo en segunda instancia**, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 153 y 243 inciso 1° del CPACA.

2. OBJETO DE LA DECISIÓN

La controversia en el presente asunto se contrae en establecer si la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal y la ESE Hospital Universitario San Jorge Pereira, son responsables de los daños y perjuicios ocasionados a los demandantes por la falla en el servicio o en su defecto, la pérdida de oportunidad de sanar del señor Ramón Ulises Cardona, como consecuencia de la deficiente prestación del servicio médico asistencial, consistente en la remisión tardía a un mayor nivel de atención y la infección o bacteria intrahospitalaria en el Hospital Universitario San Jorge de Pereira.

3. RÉGIMEN DE RESPONSABILIDAD

De conformidad con lo establecido en el artículo 90 de la Constitución Política, es deber del Estado responder patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas. De igual manera, el artículo 140 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, consagra la acción de reparación directa para lograr la indemnización de perjuicios en el evento en que el daño antijurídico sea causado por un hecho, una omisión, una operación administrativa o la ocupación temporal o permanente de un inmueble por causa de trabajos públicos o por cualquier otra causa.

Ahora bien, en relación con el régimen de responsabilidad en materia de prestación del servicio médico, la jurisprudencia del Consejo de Estado ha evolucionado desde

el régimen inicial de la falla probada, el cambio hacia la falla presunta⁷, y las teorías de la carga dinámica de la prueba^{8,9} y de la probabilidad determinante¹⁰, para retomar el régimen probatorio de la exigencia de la prueba de la falla médica, o falla probada¹¹.

Al respecto, se trae a cita lo señalado por el Consejo de Estado sobre el régimen de responsabilidad en tratándose de la falla médica, en los siguientes términos:

«...»

Al respecto, es importante recordar que desde hace ya varios años la jurisprudencia del Consejo de Estado abandonó la teoría de la falla presunta para acoger la regla general que señala que en materia de responsabilidad médica deben estar acreditados en el proceso todos los elementos que la configuran, esto es, el daño, la actividad médica y el nexo de causalidad entre ésta y aquel¹², sin perjuicio de que para la demostración de este último elemento las partes puedan valerse de todos los medios de prueba legalmente aceptados, cobrando particular importancia la prueba indiciaria...»¹³

Observa la Sala que los perjuicios reclamados en el caso bajo estudio se atribuyen en la demanda a una falla de tipo asistencial u hospitalaria, derivada del acto médico, y que bajo ninguno de los criterios de responsabilidad referidos ha ameritado la ventaja probatoria de presunción de la falla, lo que se traduce en que el título de imputación es el de la falla probada, esto es, que en materia de servicio médico asistencial, la demostración de la falla «*corre por cuenta de la parte demandante, por regla general.*»¹¹

Este régimen de responsabilidad se configura con la existencia de tres elementos imprescindibles: 1) el daño antijurídico sufrido por el interesado; 2) la falla del servicio propiamente dicha, que consiste en el deficiente funcionamiento del servicio, porque no funcionó cuando ha debido hacerlo, o lo hizo de manera tardía

⁷ Expediente 6897. De esta evolución da cuenta el fallo expedido por la misma Corporación el 24 de agosto de 1992. Expediente 6754. Actor: Henry Enrique Saltarín Monroy.

⁸ Sentencia del 22 de marzo de 2001, expediente 13.284.

⁹ H. Consejo de Estado. Sección Tercera. Consejero Ponente: Jesús María Carrillo Ballesteros. Expediente 12.706. Sentencia de enero 24 de 2.002.

¹⁰ Consejo de Estado. Sección Tercera. Decisión reiterada recientemente, que tiene su origen en la sentencia de mayo 3 de 1.999.

¹¹ Consejo de Estado. Sección Tercera. Consejera Ponente: Ruth Stella Correa Palacio. Sentencia de agosto 31 de 2.006. Radicación número 68001-23-31-2000-09610-01 (15772). Actor: María Olga Sepúlveda Ramírez. Demandado: Hospital Ramón González Valencia, sentencia del 15 de febrero de 2012, Expediente 23001-23-31-000-1999-01599-01(21738), demandante: Eugenio Isaza Bohórquez, demandado: Instituto De Seguros Sociales; sentencia del 3 de mayo de 2013, Expediente: 25000-23-26-000-2001-00572-01(26352), demandante: Guillermo León Arboleda Arboleda, demandado: Hospital Salazar de Villeta.

¹² Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencias de 31 de agosto de 2006, exp. 15.772, C.P. Ruth Stella Correa Palacio; y de 30 de julio de 2008, exp. 15.726, C.P. Myriam Guerrero de Escobar, entre otras.

¹³ Consejo de Estado. Sección Tercera. Consejero Ponente: Danilo Rojas Betancourth, 3 de mayo de 2013, Expediente: 25000-23-26-000-2001-00572-01(26352), demandante: Guillermo León Arboleda Arboleda, demandado: Hospital Salazar de Villeta.

o equivocada, y finalmente, 3) una relación de causalidad entre estos dos elementos, es decir, la comprobación de que el daño se produjo como consecuencia de la falla del servicio.

Así las cosas, para que las pretensiones incoadas en la presente demanda tengan vocación de prosperidad, es necesario que se demuestre, a través de medios probatorio idóneos y oportunamente allegados al proceso, los elementos que componen la responsabilidad extracontractual del Estado, por falla del servicio.

4. ACERVO PROBATORIO

Del material probatorio obrante en el plenario, se resalta como relevante lo que a continuación pasa a indicarse:

- Registros civiles de nacimiento de los demandantes (Págs. 59 y s.s. Archivo 1 Exp. Dig. Primera instancia).

- Registro civil de defunción No. 08931943 de Ramón Ulises Cardona con fecha de defunción 20 de mayo de 2016¹⁴.

- Historia clínica del señor Ramón Ulises Cardona, expedida por la ESE Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal (Págs. 80 y s.s. Archivo 1 Expediente digital de primera instancia).

- Historia clínica del señor Ramón Ulises Cardona, expedida por la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira (Link archivo 57 Exp. Dig. Primera instancia).

- Testimonios de los médicos Juan Manuel Jiménez Montoya, Víctor Hugo Mendoza Brochero, Luis Fernando Guarnizo Capera, Jairo Alfredo Guevara Guzmán (archivo 33); Alejandra Aguirre Novoa, Fabián Felipe Saldarriaga Arias y Jairo Erasmo Guerrero Salas (archivo 37).

- Testimonio de los señores Flor Islana Montes Rivera, Hernando Alzate Salazar y Martha Cecilia García Giraldo (archivo 40).

¹⁴ Pág. 58 Archivo 1. Exp. Digital Primera instancia.

5. ANÁLISIS JURÍDICO PROBATORIO

Procede la Sala en esta instancia al análisis probatorio de los presupuestos para la configuración de la responsabilidad extracontractual que la parte actora le endilga a la entidad demandada.

5.1. EL DAÑO

A partir de la Constitución de 1991, se estableció el daño antijurídico como el centro o base fundamental de la responsabilidad del Estado.

Es de precisar la noción de daño antijurídico, en los siguientes términos:

«1932. Se considera como tal la afectación, menoscabo, lesión o perturbación personal (carga anormal para el ejercicio de un derecho o de alguna de las libertades cuando se trata de persona natural)..., que no es soportable por quien la padece bien porque es irrazonable, o porque no se compadece con la afirmación de interés general alguno.

1933. Así pues, daño antijurídico es aquel que la persona no está llamada a soportar puesto que no tiene fundamento en una norma jurídica, o lo que es lo mismo, es aquel que se irroga a pesar de que no existe una ley que justifique o imponga la obligación de soportarlo.

1934. El daño antijurídico comprendido desde la dogmática jurídica de la responsabilidad civil extracontractual y del Estado, impone considerar dos componentes: a) el alcance del daño como entidad jurídica, esto es, “el menoscabo que a consecuencia de un acaecimiento o evento determinado sufre una persona ya en sus bienes vitales o naturales, ya en su propiedad o en su patrimonio”; o la “lesión de un interés o con la alteración in pejus del bien idóneo para satisfacer aquel o con la pérdida o disponibilidad o del goce de un bien que por lo demás permanece inalterado, como ocurre en supuestos de sustracción de una cosa”, y b) aquello que, derivado de la actividad, de la omisión, 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, y iii) porque no se encuentra sustento en la prevalencia, respecto o consideración del interés general, o de la cooperación social.»⁸ (Subrayado fuera de texto).

De conformidad con el material probatorio obrante en el *dossier*, se encuentra acreditada la materialidad del daño, esto es, el fallecimiento del señor Ramón Ulises Cardona, conforme al registro civil de defunción No. 08931943, en el que se indica que se produjo el 20 de mayo de 2016.

5.2. LA IMPUTACIÓN

Corresponde al Tribunal establecer en esta instancia, a la luz del artículo 90 de la Constitución Política y de conformidad con las pruebas legal y oportunamente

arrimadas al plenario, si el daño causado a Ramón Ulises Cardona ocurrió como consecuencia de una falla en el servicio médico asistencial prestado por una inadecuada e inoportuna atención médica.

Para tal efecto, procederá la Sala a la valoración de los aspectos de la apelación interpuesta contra la decisión de primera instancia, y que refieren a la falta de análisis de la pérdida de oportunidad por la tardanza en la remisión del paciente por parte del Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal y la responsabilidad de la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira, por infección o bacteria intrahospitalaria.

5.2.1. Pérdida de oportunidad

En el recurso de apelación, la parte actora reprochó que el juez de primera instancia no se pronunció frente a la pérdida de oportunidad y lo relaciona con la **falta de remisión oportuna** del paciente a una institución de mayor nivel, aspecto último que sí mencionó en el libelo introductorio.

Por ende, resulta necesario traer a colación los pronunciamientos que el Consejo de Estado¹⁵ ha efectuado al respecto:

*«Sin embargo, la Sala ha considerado en distintas oportunidades que la responsabilidad por los daños causados en el ejercicio de la actividad médica, por regla general comporta una **serie de actuaciones que convergen en un resultado final** y en las que intervienen varios protagonistas, quienes en distintos momentos y circunstancias asisten a los pacientes desde su llegada al centro hospitalario, hasta cuando son dados de alta o se produce su deceso. Esa cadena de actuaciones desplegadas sobre los pacientes no es indiferente al resultado final y por ello la causa pretendida en estos juicios debe entenderse comprensiva de todos esos momentos y de los perjuicios que se puedan materializar como consecuencia del mismo, porque la causa del daño final bien puede provenir de cualquier acción u omisión que se produzca durante todo ese proceso o derivar en un daño que se desconoce hasta que se valora el material probatorio, **por esta razón resulta viable indemnizar los perjuicios causados por la pérdida de oportunidad aun cuando la demanda oriente la concreción del daño en otro hecho jurídico**».* (Negritas y subrayas fuera de texto).

En otra oportunidad¹⁶, indicó:

¹⁵ CONSEJO DE ESTADO. Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera. M.P: Gladys Agudelo De Ordoñez. Bogotá, 16 de septiembre de 2011. Expediente No. 88001-23-31-000-1998-00031-01(22030).

¹⁶ CONSEJO DE ESTADO. Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera. M.P: Hernán Andrade Rincón. Bogotá, 3 de octubre de 2012. Expediente No. 25000-23-26-000-1998-3014-01 (23437).

«Dicha posibilidad (la de interpretar la demanda) en los casos de responsabilidad médica encuentra una razón adicional, como es la dificultad técnica y científica que comporta este tipo de procesos, problemática que ha llevado a la Sala a entender que, para estos eventos, el libelo debe interpretarse de manera amplia, abarcando toda la atención médica prestada al paciente por la institución demandada y no circunscribirse únicamente a los aspectos expuestos por el demandante».

Y más adelante, señaló:

«En este punto importa resaltar que si bien, de conformidad con lo expuesto a lo largo de la presente providencia, **el daño que se ha de indemnizar no será propiamente el que corresponde a la muerte del señor Urueña García, sino el de la pérdida de oportunidad** de recuperar su salud y poder sobrevivir por un tiempo adicional, no por ello se desconocerá el principio de congruencia en cuya virtud el juez en sus decisiones debe ceñirse estrictamente al petitum de la demanda o a las razones de defensa y las excepciones que invoque o alegue el demandado, porque en el presente caso una interpretación lógica y racional de la demanda permite advertir con claridad que la causa petendi no se circunscribió exclusivamente a identificar el **hecho dañoso con la muerte** de esa persona, sino que también se expuso, como configurativo del mismo, la omisión o la abstención del personal médico y de enfermería del Hospital El Tunal III Nivel que se encontraba en la obligación legal de otorgarle al paciente la asistencia médica correspondiente, inacción que, precisamente, equivale a la negación de la oportunidad de sobrevivir tal y como se dejó indicado» (Negritillas y subrayas fuera de texto).

Finalmente, en sentencia del 5 de abril de 2017¹⁷ refirió:

«18.5. Ahora, puede ocurrir que, dados los elementos acreditados en el expediente, aparezca que **el daño imputable a la falla en la prestación del servicio médico no sea necesariamente la muerte -que es aquel invocado de forma expresa en el petitum de la demanda-, sino el que resulta de la pérdida de oportunidad de sobrevivir**, aspecto que fue desarrollado también en la causa petendi de la demanda-.

18.6. Así las cosas, corresponde al juez, en ejercicio del deber que le asiste de interpretar armónicamente la demanda que le es sometida a su juicio y teniendo en cuenta los límites que le impone la prohibición de alterar su causa petendi y la garantía del derecho de defensa de la contraparte¹⁸, precisar el daño que, de acuerdo con los hechos acreditados en el expediente, es imputable a la entidad demandada y, por lo tanto, compromete su responsabilidad.»

¹⁷ Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera – Subsección B. Consejero Ponente: Ramiro Pazos Guerrero. Bogotá, d.c., cinco (05) de abril de dos mil diecisiete (2017). Expediente: 25706. Radicación: 170012331000200000645-01. Actor: Ángela María Gutiérrez Campiño y otros. Demandado: CAJANAL y otro. Naturaleza: acción de reparación directa.

¹⁸ En ese sentido, en la sentencia de la Sección Tercera de 31 de agosto de 2006, rad. 15772, M.P. Ruth Stella Correa, se afirmó: “Reitera la Sala la jurisprudencia que ha sostenido en decisiones anteriores, en las cuales se ha considerado que es deber del juez interpretar la demanda como un todo armónico, deber que no constituye una mera liberalidad sino el cumplimiento de los artículos 228 y 229 de la Constitución, que consagran como principios de la administración de justicia la prevalencia del derecho sustancial y la garantía a su acceso. La falta de técnica en la demanda no es óbice para que el juzgador desentrañe su sentido; aunque, claro está, teniendo buen cuidado de no alterar el propósito expresado por el actor y siempre que no se contravenga el derecho de defensa de la otra parte.

En la última sentencia citada el Consejo de Estado concibió a la pérdida de oportunidad como un fundamento de **daño** derivado de la lesión a una expectativa legítima, **diferente** de los demás daños que se le pueden infligir a una persona, como lo son, entre otros, la muerte (vida) o afectación a la integridad física, y que la pérdida de oportunidad no es un criterio auxiliar de imputación de responsabilidad.

Así entonces, conviene precisar que existe diferencia entre el **daño** y el **hecho** generador del mismo, y que si bien pueden existir **hechos** generadores imputables que configuren una pérdida de oportunidad, no por ello hay lugar a indemnizar los perjuicios causados por esta última cuando en la demanda se solicite la indemnización por la muerte -y menos en sede de apelación-, tal interpretación daría lugar a condenar con fundamento en un **daño** y un **nexo causal diferentes** a los expuestos en la demanda y discutidos durante el proceso, vulnerando de esta forma el principio de congruencia y el derecho de defensa.

Lo anterior teniendo en cuenta que los elementos de la responsabilidad expuestos en la demanda constituyen los fundamentos con base en los cuales el demandado construye su defensa, y si se propuso inicialmente como **daño** el **deceso de la víctima**, no la **oportunidad perdida**, no podría defenderse adecuadamente de circunstancias que el juez tendrá en cuenta para condenarlo o absolverlo.

Ahora bien, bajo el principio *iura novit curia*, según el cual el juez es quien conoce el derecho y puede precisar, con base en los hechos de la demanda, el derecho aplicable, tampoco puede modificarse la *causa petendi*. Sobre tal principio, la Corte Constitucional¹⁹ ha dicho:

«6.2.2.4. Por otra parte, es menester precisar que, si bien es cierto la justicia administrativa es rogada y, en principio, no le resulta aplicable el principio iura novit curia –el juez conoce el derecho–, excepcionalmente, en los procesos de reparación directa, “el juez puede interpretar, precisar el derecho aplicable y si es del caso modificar, de acuerdo con los hechos expuestos en la demanda, los fundamentos de derecho invocados por el demandante”²⁰ como, por ejemplo, analizar la responsabilidad patrimonial del Estado bajo un título de imputación diferente a aquel expuesto en la demanda²¹, “potestad que no debe confundirse con la modificación de la causa petendi, esto es, de los hechos que se enuncian en la demanda como fundamento de la

¹⁹ Sentencia T-270/17.

²⁰ Sentencia C-644 de 2011.

²¹ Consejo de Estado, sentencia del 3 de noviembre de 2007, Expediente 22655.

pretensión²² (negrilla fuera del texto original).

7.2.2.5. En efecto, de acuerdo con la posición jurisprudencial la de Sección Tercera del Consejo de Estado en la materia, **“los escenarios en que se discute la responsabilidad patrimonial del Estado se debe dar aplicación al principio iura novit curia, lo cual implica que frente a los hechos alegados y probados por la parte demandante, corresponde al juez definir la norma o la motivación de la imputación aplicable al caso, potestad del juez que no debe confundirse con la modificación de la causa petendi, esto es, los hechos que se enuncian en la demanda como fundamento de la pretensión”**²³.

7.2.2.6. Así las cosas, en el presente caso, no había lugar a aplicar el principio iura novit curia en el sentido **que lo pretendía la parte actora, habida cuenta que su propósito no era que se precisara el derecho aplicable o que se adecuaran los supuestos de hecho a un título de imputación distinto al inicialmente planteado, sino que el juez de segundo grado, en sede de apelación, se pronunciara sobre una situación fáctica diferente a la enunciada en la demanda de reparación, siendo esta el nuevo fundamento de sus pretensiones, lo cual resultaba inadmisibles por vulnerar los derechos de defensa y contradicción de la parte demandada**». (Negrillas con subrayas fuera de texto).

Así entonces, dado que en la demanda se expone la **falta de remisión oportuna** del paciente a un tercer nivel de atención, y en tal caso la parte demandada sí tuvo oportunidad de pronunciarse, conforme a la pauta jurisprudencial del Consejo de Estado para estos casos, se estudiará la eventual omisión con base en las pruebas allegadas al plenario.

5.2.2. El retraso en la remisión del paciente

Sostiene la parte recurrente que la decisión de primera instancia desconoció los lineamientos jurisprudenciales como la pérdida de oportunidad y que se afianzó en especulaciones que no tienen respaldo científico ni jurídico. Además, que no realizó un análisis adecuado en relación con la pérdida de oportunidad y la tardanza en la remisión del paciente por parte del Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal, pues sostiene que dicha tardanza afectó considerablemente la condición del paciente y se le mermó la posibilidad de acceder a un hospital de mayor complejidad y consecuentemente la posibilidad de recuperar su salud.

La historia clínica aportada al proceso da cuenta de lo que a continuación se indica y se analiza, así:

²² Consejo de Estado, sentencia del 10 de noviembre de 2016, Expediente 33870.

²³ Consejo de Estado, sentencia del 3 de octubre de 2007 (Expediente 33870), reiterada, entre otras, en las sentencias del 30 de enero de 2013 (Expediente 24986) y del 10 de noviembre de 2016 (Expediente 33870).

El señor Ramón Ulises Cardona consultó el día 1 de abril de 2016 a las 13:32 en el servicio médico de urgencias de la ESE Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal, por presentar **«CUADRO DE 9 DIAS DE EVOLUCION DE DOLOR ABDOMINAL EN EPIGASTRIO E HIPOCONDRIO DERECHO ASOCIADO DESDE EL DIA HOY A COLORACION AMARILLA DE LOS OJOS FIEBRE NO CUANTIFICADA MALESTAR GENERAL EMESIS EN 2 EPISODIOS Y PRURITO EN EL CUERPO. NIEGA DISNEA NIEGA ALTERACION DE CONCIENCIA NIEGA DIARREA NIEGA ALERGIAS A MEDICAMENTOS AL IGNRESO (sic) LE ORDENAN HEMOGRAMA EKG BILIRRUBINAS Y CREATININA»**, la historia clínica²⁴ refiere:

«APARENTE BUENA CONDICION ALERTA ORIENTADO HIDRATADO SIN ASPECTO TOXICO CON ICTERICIA MUCOCUTANEA SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, ORL SIN ALTERACION, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, MURMULLO VESICULAR LIMPIO SIN AGREGADOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE CON DOLOR A LA PALPACION PROFUNDA EN HIPOCONDRIO DERECHO NO MASAS NO MEGALIAS **NO IRRITACION PERITONEAL**, EXTREMIDADES SIN EDEMAS LLENADO CAPILA (sic) < 2 SEG, NEUROLOGICO SIN DEFICIT NI FOCALIZACION NO SIGNOS MENINGEOS.» (Negrillas y subrayas fuera de texto).

DIAGNÓSTICO

R17X ICTERICIA NO ESPECIFICADA
Tipo: Impresión Diagnóstica Principal: SI Clase: N/C
Observaciones:

PLAN DE MANEJO

Indicaciones:
EN PROCEDIMIENTOS
SSN0.9% 500 CC IV Y LUEGO A 15 GOTAS POR MINUTO CONTINUO
DIPIRONA APLICAR 1 AMP DE 1 GR IV DILUIDA LENTA DOSIS UNICA
TOMAR UROANALISIS Y TRANSAMINASAS
REVALORACION

A las 19:52 en nota de evolución por médico, se lee que el paciente refiere mejoría del dolor abdominal, y niega distintos síntomas como emesis, fiebre y dolor precordial, así mismo se indica **«PACIENTE CON ICTERICIA CON PATRON OBSTRUCTIVO CON MARCADO AUMENTO DE BILIRRUBINAS Y TRANSAMINASAS SE SOLICITA REMISION A NIVEL SUPERIOS (sic)**

²⁴ Págs. 80 y s.s. Archivo 1 expediente digital de primera instancia.

URGENTE PARA TOMA DE ECOGRAFIA Y VALORACION POR CIRUGIA GENERAL (Negritas y subrayas fuera de texto).

Como diagnóstico se señaló:

DIAGNÓSTICO

K805 CALCULO DE CONDUCTO BILIAR SIN COLANGITIS NI COLECISTITIS

Tipo: Impresión Diagnóstica Principal: SI Clase: N/C

Observaciones:

R17X ICTERICIA NO ESPECIFICADA

Tipo: Impresión Diagnóstica Principal: NO Clase: N/C

Para el día siguiente se valora por el médico tratante y se consigna como diagnóstico y plan de manejo:

DIAGNÓSTICO

K805 CALCULO DE CONDUCTO BILIAR SIN COLANGITIS NI COLECISTITIS

Tipo: Confirmado Repetido Principal: SI Clase: N/C

Observaciones:

PLAN DE MANEJO

Indicaciones:

1. DIETA LIQUIDA
2. SSN 0.9% A 15 GOTAS POR MINUTO CONTINUO
3. RANITIDINA APLICAR 1 AMP DE 50 MG IV DILUIDA LENTA CADA 8 HORAS
4. HIOSCINA SIMPLE APLICAR 1 AMP DE 20 MG IV DILUIDA LENTA CADA 8 HORAS SI PRESENTA DOLOR
5. CURVA TERMICA
6. CONTROL DE SIGNOS VITALES
7. AVISAR CAMBIOS

También se observa para ese día la gestión de referencia, así:

GESTIÓN DE REFERENCIA: MÉDICO QUE ORDENA REMISIÓN: DR SILDARRIAGA ¿MOTIVO DE REMISIÓN?: CLÍNICA
DIAGNÓSTICOS MOTIVO DE REMISIÓN: CALCULO DE CONDUCTO BILIAR FECHA Y HORA DE INICIO DE REFERENCIA:
ABRIL 1 de 2016 21:54 ENTIDAD RESPONSABLE DE LA REFERENCIA: OTRO ¿CUÁL?: ASMET SALUD
MEDIO DE CONTACTO AL CENTRO DE REFERENCIA: ¿LLAMADA TELEFÓNICA?: SI ¿RESPUESTA?: SI N° TELEFÓNICO: 018000913876
¿NOMBRE QUIÉN ATIENDE?: AMPARO GARCIA ¿ENVÍO DE FAX?: NO ¿RECEPCIÓN EXITOSA?: NO N° DE FAX: - ¿ENVÍO DE CORREO
ELECTRÓNICO?: SI ¿RECEPCIÓN EXITOSA DE CORREO?: SI DIRECCIÓN DE ENVÍO: SOLOREMISIONES@ASMETSALUD.ORG.CO
RESPUESTA DEL CENTRO DE REFERENCIA:
PACIENTE QUE SE COMENTO EN LAS IPS DE CONVENIO Y NO SE HA LOGRADO LA UBICACION SITUACIÓN ACTUAL DEL PACIENTE: -
RESUMEN DE LA GESTIÓN DE REFERENCIA REALIZADAS: PACIENTE EN TRAMITE DE REMISION HACE 1 DIA PARA VALORACION Y MANEJO
POR CX GENERAL SIN RESPUESTA DE ACEPTACION POR PARTE DE SU EPS SE ENVIA LA EVOLUCION ACTUALIZADA DEL PACIENTE SE
LLAMA SE CONFIRMA LA LLEGADA Y SE COMENTA CON EL DR AVADIA DE LA CLINICA ROSALES INFORMA QUE NO HAY CAMAS
DISPONIBLES EN NINGUN SERVICIO SE RECOMENTA CON LA JEFE LUISA MARTINEZ DE REFERENCIA DEL HUSJ INFORMA QUE NO HAY
CAMAS DISPONIBLES EN NINGUN SERVICIO DEBIDO AL COLAPSO QUE SE COMENTE EN OTRA IPS, PACIENTE EN PLATAFORMA
DEPARTAMENTAL EN LINEA DIRECTA CON EL HUSJ SIN RESPUESTA NI COMENTARIOS POR ESTE MEDIO DESDE QUE SE LE INICIO
TRAMITE DE REMISION, PENDIENTE ACEPTACION ¿ENVÍO DE ANEXOS?: SI ¿CUÁLES?: HISTORIA CLINICA, RESULTADOS DE LABORATORIO

El día 3 de abril de 2016 se registra por parte del médico «*SE INSISTE EN TRAMITE DE REMISION PARA VALORACION POR CX GENERAL - MEDICINA INTERNA Y TOMA DE ECOGRAFIA ABDOMINAL*» y continua el plan de manejo con control de signos vitales cada 3 horas. En el registro de enfermería se lee:

«03/04/2016 H: 14:00 DX: ICTERICIA, NO ESPECIFICADA - CALCULO E CONDUCTO BILIAR SIN COLANGITIS NI COLECISTITIS. USUARIO QUE REFIERE "ME SIENTO MEJOR YA SIN DOLOR" PACIENTE QUIEN DURANTE EL DIA PASA EN APARENTES BUENAS CONDICIONES EN CAMA, CONCIENTE (sic), ORIENTADO, AFEBRIL, HIDRATADO, TRANQUILO, COLABORADOR, SE OBSERVA CON ICTERICIA MUCOCUTANEA, CON BUEN PATRON (sic) RESPIRATORIO, SIN SOPORTE DE OXIGENO, SATURANDO AL MEDIO AMBIENTE 97% , CON LEV SSN 0,9 % 500 CC PARA PASAR A 15 GOTAS POR MINUTO, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, AMBULATORIO A SUS NECESIDADES, ELIMINO ESPONTANEO, MOVILIZA SUS CUATRO EXTREMIDADES, SIN EDEMA, ACEPTO (sic) Y TOLERO (sic) EL TRATAMIENTO MEDICO, ACEPTA Y TOLERA LA V.O PACIENTE CONTINUA (sic) EN PROCESO DE REMISION (sic) PERO AUN (sic) NO HA SIDO ACEPTADO SE LE RECUERDAN SOBRE DEBERES Y DERECHOS DE LOS USUARIOS, RUTAS DE EVACUACION Y SIGNOS DE ALARMA SOBRE SU PATOLOGIA. 08:00. SE SANGRA PARA HEMOGRAMA Y PERFIL HEPATICO. DRA AGUIRRE VALORA PACINTE (sic) CON REPORTE DE LABORATORIOS Y ORDENA HOSPITALIZAR PARA CONTINUAR MANEJO Y EN ESPERA DE LA REMISION (sic). SE TRASLADA USURIO A SALA DE HOSPITALIZACION (sic) EN SILLA DE RUEDAS SE ASIGNA UNIDAD 111A SE DEJA EN CAMA CON BARANDAS ELEVADAS, SE EXPLICA SISTEMA DE LLAMADO. PENDIENTE: VIGILAR CURVA TERMICA - REMISION A TERCER NIVEL PARA VALORACION (sic) POR CIRUGIA (sic) GENERAL Y TOMA DE ECOGRAFIA (sic). VIGILAR DOLOR ABDOMINAL, NUEVA VALORACION MEDICA.»

A las 17:40 se reporta en la historia clínica que el paciente fue aceptado en el Hospital Universitario San Jorge de Pereira para las 7:00 AM del día siguiente.

Finalmente, el 4 de abril de 2016 el paciente egresa del Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal hacia el tercer nivel de atención en el Hospital Universitario San Jorge de Pereira, sin dolor, pero con ictericia generalizada.

Respecto la atención suministrada al paciente en el Hospital San Vicente de Paúl, declaró la médica Alejandra Aguirre Novoa:

«(...) el paciente fue valorado, cierto, se hizo un examen físico, se hizo un análisis de los exámenes que habían solicitado al ingreso. Se realizó, pues un análisis como se encuentra pues al final de la historia clínica y se solicitó nuevamente remisión a nivel superior para estudios adicionales (...) al ingreso a la sala de observación ya tenía el trámite de remisión, pero se envió nuevamente la historia clínica para insistir en este trámite, se dio manejo con dieta líquida, se realizó hidratación, protección gástrica y se ordenó realizar

curva térmica, o sea, vigilar la temperatura y vigilar los signos vitales, solicitando también a las auxiliares realizar cualquier cambio o no en el paciente.

PREGUNTADO: Doctora, qué diagnóstico tenía el paciente hasta ese momento y pudo usted confirmarlo en la valoración que le realizó. **CONTESTÓ:** Bueno, según la historia clínica, el código CIE-10 es K 805 en una sospecha de un cálculo del conducto biliar, en el análisis se especifica que es una ictericia con patrón obstructivo, cierto, que está a estudio, al examen físico, pues se evidenciaba que el paciente tenía ictericia, cierto, estaba estable, hemodinámicamente y pues **dado a que en primer nivel no se cuentan con ecografías ni estudios adicionales, se inició el trámite de remisión.** (...)

PREGUNTADO: Y esa remisión a nivel superior, se enteró usted a qué tipo de IPS debía ser remitido. **CONTESTÓ:** Su Señoría, **normalmente lo que se hace es informar al CRUE que es como un centro de referencia y se informa la EPS a la que está afiliada el paciente. Ellos son los encargados directamente y los responsables de comentar en diferentes instituciones donde haya disponibilidad para ubicación del paciente.** **PREGUNTADO:**

Usted le ordenó una serie de medicamentos que están descritos acá en el plan de manejo. Por qué le ordenó ese tipo de exámenes. Qué pretendía con ellos.(...) medicamentos, lo que está escrito en indicaciones, en el plan de manejo (...) **CONTESTÓ:** Sí, Señoría, entonces, dado que es un paciente que está con una ictericia con un patrón obstructivo a estudio se decidió dejar dieta líquida solamente, pues para evitar aparición de dolor, cierto, se dejó con líquidos como para hidratar el paciente dado a que no iba a convencional, perdón la ranitidina es un protector gástrico, cierto, para para evitar síntomas como gastritis, pues dado a que a que se había cambiado el tipo de dieta, la dioxina es un antiespasmódico, pero se dejó por orden de administración solo si el paciente presentaba dolor, cierto, la curva térmica es una toma de temperatura de manera regular para vigilar que el paciente no tenga fiebre o avisar en caso de que tenga fiebre. Igualmente, el control de signos vitales lo que hace es vigilar la presión arterial, la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la saturación, vigilando, pues como el estado hemodinámico del paciente. **No se dejó aquí ningún antipirético para vigilar precisamente que el paciente no si hiciera fiebre. No puede ser, pues cubierto por algún medicamento, o sea, que se mantuvo durante vigilancia estricta.** (...)

PREGUNTADO: En este caso y con la valoración que usted le hizo al paciente, no presentaba signos o síntomas que generaran una remisión por urgencia vital,

CONTESTÓ: No su Señoría, cuando se habla de una urgencia vital, se habla de un paciente que está inestable hemodinámicamente cierto, eso incluye cifras de presión bajas y para ese momento, pues aquí vemos en la historia está bajo el 122 93, que es una presión arterial normal en la respuesta inflamatoria, usualmente la frecuencia cardíaca aumenta por encima de 100, el paciente tenía 63 e igualmente lo que más se vigiló era si el paciente hacía picos febriles, y por eso como lo digo, se dejó sin acetaminofén, sin dipirone, sin antipirético y la temperatura fue de 36.5, o sea, que el paciente no tenía fiebre, no tenía inestabilidad hemodinámica, y al examen físico, como se describe en la historia clínica, era un abdomen blando, depresible, con dolor leve a la palpación en epigastrio, pero Murphy negativo, el Murphy negativo es un signo que se evalúa buscando la lesión de la vesícula, de la vía biliar, y para ese momento, pues según la historia clínica, no lo presentaba. **PREGUNTADO:** Doctora, intervenía usted, de acuerdo con las funciones que le tocaba cumplir en el Hospital San Vicente de Paúl, intervenía usted de alguna manera en esa (sic) trámite administrativo para la remisión del paciente. **CONTESTÓ:** **Lo usual es que hay un área encargada de las remisiones entonces, los médicos generales nos encargamos de hacer la historia clínica, la evolución y de pasársela pues a la persona encargada de hacer las remisiones, cierto, que enviaba reportes diarios.** Entonces si se hacían dos remisiones, dos se enviaban, cierto, en una de las notas que pues tuve la oportunidad de revisar, y que fue finalmente ese mismo día, al finalizar un turno, pues dado a que no se había logrado respuesta por parte de la EPS, cierto, ni por parte del CRUE que son las entidades que comentan, **yo decidí comentar directamente en el hospital**

San Jorge solicitando cama. PREGUNTADO: Lo hizo usted directamente. **CONTESTÓ:** Sí señor, y **pues ahí finalmente el paciente fue aceptado (...)**
PREGUNTADO: Cuál fue la causa real para el traslado del paciente del Hospital San Vicente al Hospital San Jorge **CONTESTÓ:** El paciente requería estudios complementarios y valoración especializada también con la que no contábamos en el hospital pues por ser un primer nivel. **PREGUNTADO:** **Después de que, según lo por usted manifestado después de que aquí en el hospital se da la orden de remisión a una entidad de alto nivel, el tercer nivel, ese traslado es responsabilidad de quién. CONTESTÓ: Directamente de la EPS a este centro regulador, pero es responsabilidad de la EPS a la que esté afiliado el paciente. PREGUNTADO:** Díganos por favor doctora, dado que la demanda refiere que por parte del hospital de Santa Rosa de cabal no se hizo una remisión oportuna y acorde, díganos por favor, si de conformidad con los síntomas y signos del paciente, si por parte suya hubo una orden oportuna de remisión hacia un centro hospitalario con mayor nivel de complejidad. **CONTESTÓ: El trámite de remisión, como les explicaba, se inició desde el ingreso del paciente, o sea, desde que el paciente llegó a la institución se inició el trámite, ya depende de la disponibilidad en las otras instituciones, excepto que se trate de una urgencia vital, que les explicaba que es un paciente que está inestable hemodinámicamente (...)**»

Por su parte, el médico Fabián Felipe Saldarriaga Arias, señaló:

«**PREGUNTADO:** (...) por favor, explique con sus propias palabras la valoración que usted hizo del paciente y lo que está allí consignado en la historia. **CONTESTÓ:** Sí, señor juez, es una atención entonces que se realiza el 1° de abril de 2016, es un es un señor que acude a la consulta refiriendo un cuadro de 9 días de evolución de dolor abdominal en epigastrio, hipocondrio derecho, quiere decir pues en la parte superior del abdomen, lo refiere pues el señor, y asociados según lo reporta la historia clínica a coloración amarilla de los ojos, fiebre, malestar y emesis que quiere decir vómito en dos episodios y prurito que significa pues como piquiña en el cuerpo. Aparte de eso, pues se le hacen otras preguntas para tratar, (...) **el paciente niega otros síntomas asociados, ingresa con unos signos vitales que son que están dentro de parámetros normales, no tiene fiebre en el momento que ingresa, su oximetría, o sea, su oxígeno de la sangre está normal y su tensión arterial está en límites estables y la frecuencia cardíaca no tiene taquicardia, o sea, no tiene una elevación de la frecuencia cardíaca, ni de la frecuencia respiratoria. PREGUNTADO:** Se describió un dolor a la palpación profunda en hipocondrio derecho. Doctor, por favor, explique un poco más detalladamente esa anotación. **CONTESTÓ:** (...) Entonces cuando se hace la palpación abdominal, uno palpa en todos los cuadrantes del abdomen, en todas las zonas del abdomen para tratar de encontrar algunos signos que uno debe buscar cuando hay algún paciente que está presentado algún cuadro de origen abdominal, entonces ahí **lo único que se escribe es que solamente tiene dolor en el hipocondrio derecho, o sea en el sitio donde se ubica el hígado, pero no tiene irritación peritoneal, quiero decir que entonces no tiene pues como algo que nos lleve a pensar que tiene alguna infección en ese momento de gravedad en el abdomen,** y el resto se reporta como normal la parte neurológica y las extremidades y demás. (...) **PREGUNTADO:** El diagnóstico en ese momento que usted le da al paciente es de ictericia no especificada, cuando expresa, no especificada, a qué se hace referencia. **CONTESTÓ:** Bueno, señor juez, cuando aparecen ahí los diagnósticos, esos diagnósticos se hacen con una cosa que se llama clasificación internacional de las enfermedades. Esa clasificación internacional de las enfermedades digamos que uno tiene que cargar eso para poder digamos que asentar un diagnóstico en la historia clínica y se transcribe tal cual están los códigos que se utilizan. Entonces no es un código descriptivo, sino que es un código donde engloba una serie de enfermedades que pueden acarrear ese síndrome que se llama

síndrome icterico, que es cuando el paciente se pone amarillo y se le elevan las bilirrubinas. Ese síndrome icterico puede ser por muchas causas. **En este caso, al analizar el patrón, o sea los resultados de las bilirrubinas, estamos mirando que tiene una elevación de la bilirrubina directa, lo que nosotros eso se llama un patrón obstructivo**, que ese patrón obstructivo, pues ya sea por un proceso de un tumor que esté comprimiendo, que una cosa que llama la vía biliar y que genere ese tipo de alteración en el examen, entonces ahí en este momento no es un diagnóstico definitivo, sino que **es un diagnóstico presuntivo en el que todavía hay varios tipos de enfermedades que pueden generar ese tipo de alteración.** **PREGUNTADO:** Doctor, de acuerdo con esos resultados de paraclínicos, hasta ese momento ya se sospechaba de algún patrón obstructivo en la vía biliar. **CONTESTÓ:** Sí, señor juez, o sea, como le decía anteriormente entonces, con ese resultado de bilirrubinas, al mirar ese resultado, nosotros interpretamos eso como un patrón obstructivo, y el patrón obstructivo, como les decía anteriormente, puede corresponder a varias enfermedades, entre ellas, ya sea un cálculo, un cálculo que es como una piedra dentro de la vía biliar o una compresión extrínseca, o sea algo que le esté comprimiendo desde la parte externa a la vía biliar, y eso puede generar ese tipo de síntomas que traía el paciente. Sin embargo, ahí, pues obviamente con eso no es suficiente, porque **hay que aclarar el diagnóstico ya definitivo, o sea, hay que buscar seguir buscando ya la enfermedad exacta que produce ese tipo de alteraciones y de síntomas**, pues, por lo tanto, en ese momento yo, digamos que complemento los exámenes con otros dos adicionales y les le doy un manejo inicial, porque una de las premisas de la atención de uno como médico es pues tratar de que el paciente no sienta dolor y que esté lo más confortable posible, entonces **se le mandan líquidos endovenosos, se le aplica un analgésico y se le piden otros dos estudios adicionales que son los disponibles en el hospital o en el nivel donde estoy yo, en donde en donde se está realizando la atención (...)** **PREGUNTADO:** Vamos entonces al último registro, que es el archivo 3 de este CD del folio 206 archivo 3 y es un registro ya de las 19:52 horas de la noche de ese mismo primero de abril, frente a esta atención o frente a este registro en la historia clínica, tiene algo para manifestar diferente a lo que ya usted ha dicho. **CONTESTÓ:** (...) eso es un folio que se llama de revaloración, o sea, es la segunda valoración después de la inicial en la que ya se había manifestado, donde dice que el paciente presenta mejoría del dolor abdominal en el momento no tiene cuadros de emesis, o sea, no tiene vómito, tampoco tiene fiebre. Niega, pues o sea niega otros síntomas por los que se pregunta, como son dificultad respiratoria, que refiere a disnea, ni dolor precordial, que es dolor en el pecho y se observa en aparente buena condición, está sin signos de deshidratación, pues persiste, obviamente con la coloración amarilla, persiste con dolor en el hipocondrio derecho, que es donde está ubicado el hígado, se registra que hay un murphy negativo. **El murphy negativo quiere decir que eso se considera un signo de irritación de la vía biliar, o sea, cuando hay un proceso digamos que es infeccioso, normalmente la vía biliar aparece ese signo y se vuelve positivo. En este caso el paciente lo tiene negativo (...)** **PREGUNTADO:** Doctor, al hacerle ese murphy negativo se continúa considerando que existe un patrón obstructivo, pero que no hay infección, eso es lo que quiso decir usted con su respuesta. **CONTESTÓ:** Sí señor juez, o sea, en el momento no se considera digamos que un proceso de infección por ahora (...) bueno, vemos entonces que tiene unas transaminasas que están en límite elevado, tanto la TGP como la TGO que son una que corresponden pues digamos que aparte del funcionamiento del hígado, normalmente ellas se elevan por algún proceso inflamatorio. Los procesos inflamatorios no necesariamente son procesos infecciosos, sino que pueden ser de otras causas (...). Y el uroanálisis que es el examen de orina, pues no muestra digamos que un patrón de infección en la orina. Entonces digamos que solamente pues tiene la presencia de bilirrubinas, que eso es lo esperado para la elevación que tienen sangre de ese elemento, pero no tiene, pues digamos que signos de infección. Y entonces en el análisis se considera que es un

*paciente con patrón obstructivo ahí, como dice, con marcado, con aumento de bilirrubinas y transaminasas. Entonces en ese en ese momento se considera, pues que hay que digamos que aclarar más aún el diagnóstico. **Hasta ahí, pues digamos que tenemos ahí hay una limitación ya de los exámenes y los recursos con los que contamos en el hospital. Entonces requiere una valoración especializada, ya sea por un especialista gastroenterólogo o cirujano general, y una serie de exámenes complementarios, ya sea con imágenes diagnósticas, ecografía, tomografía, todo, una cantidad de cosas adicionales con las que no contamos en el hospital. Entonces para eso se inicia lo que se llama un proceso de remisión, que se solicita ante la EPS para que sea ubicado el paciente según la red de atención que tenga la EPS, sea ubicado en un hospital de mayor complejidad o una clínica de mayor complejidad, donde existan los recursos para aclarar el diagnóstico inicial, pues del cuadro que presenta el paciente. (...) PREGUNTADO: Entonces usted como médico tratante determina que hay lugar hacer la remisión del paciente en este momento. Abril 1 de 2016 a las 19:52 H de la noche. CONTESTÓ: Sí señor juez. PREGUNTADO: Y el diagnóstico aparece ya cálculo de conducto biliar sin colangitis ni colecistitis. Explique por favor, ese diagnóstico que da en este momento que antes no había sido determinado. CONTESTÓ: Bueno, entonces como le decía señor juez, o sea, ahí ya con base en los resultados de los exámenes, uno hace impresiones diagnósticas, impresiones diagnósticas no son diagnósticos confirmados, sino que son impresiones, o sea sospechas de que el paciente puede tener esa enfermedad. Pero si usted lo ve ahí en la historia clínica, ahí dice, dice K 805, que es el código del diagnóstico de la clasificación que ya les mencioné, que corresponde a cálculo del conducto biliar sin Colangitis ni Colecistitis, quiere decir que por ahora no hay ningún signo clínico que implique como una infección abdominal, y donde dice tipo dice impresión diagnóstica, o sea, no es confirmado, y se coloca como principal es porque digamos que es la principal sospecha diagnóstica, más no hay confirmación todavía porque requiere unos estudios adicionales que no contamos, y lo otro se llama ictericia, pues que es el síndrome que quiere decir que es una agrupación de eso, de signos y síntomas en los que se encajan ciertos tipos de enfermedades y que se requiere aclarar o digamos llegar a algo más exacto, un diagnóstico ya preciso de por qué se apareció en el paciente. Y ya lo último, pues digamos que como **es un paciente que requiere una serie de estudios adicionales y que requieren un proceso de remisión, pues se determina que debe estar en observación o sea estar hospitalizado mientras se resuelve el proceso con la EPS para su remisión a una institución que cuente con los recursos adicionales que se necesita**».***

Ahora, sobre la obligación de la referencia y contrarreferencia, cuando los pacientes son atendidos por una IPS, pero requieren de un nivel superior de atención por la complejidad de su estado de salud, la Resolución 5261 de 1994, «Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud», dispone:

«ARTÍCULO 7°. CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA. Es aquella realizada por un médico especialista en alguna de las ramas de la medicina autorizadas para su ejercicio en Colombia, quien recibe al paciente por remisión de un médico general, o interconsulta especializada, o directamente en casos de urgencia por que la patología que presenta el paciente requiere evaluación especializada, internación o cirugía que el médico general no este en condiciones de realizar. Una vez el paciente haya sido evaluado o tratado por el médico especialista continuará siendo manejado por el médico general remitente.

ARTÍCULO 11. INTERNACIÓN. *Es el ingreso a una institución para recibir tratamiento médico y/o quirúrgico con una duración superior a veinticuatro (24) horas. Cuando la duración sea inferior a este lapso se considerará atención ambulatoria. Salvo en los casos de urgencia, para la utilización de este servicio deberá existir la respectiva remisión del profesional médico.*
(...)

ARTÍCULO 9°. URGENCIA. *Es la alteración de la integridad física, funcional y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requiere de la protección inmediata de servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras.*

ARTÍCULO 10. ATENCIÓN DE URGENCIAS. *La atención de urgencias comprende la organización de recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros de un proceso de cuidados de salud indispensables e inmediatos a personas que presentan una urgencia. Todas las entidades o establecimientos públicos o privados, que presten servicios de consulta de urgencias, atenderán obligatoriamente estos casos en su fase inicial aún sin convenio o autorización de la E.P.S. respectiva o aún en el caso de personas no afiliados al sistema. Las urgencias se atenderán en cualquier parte del territorio nacional sin que para ello sea necesario autorización previa de la E.P.S. o remisión, como tampoco el pago de cuotas moderadoras. La I.P.S. que presta el servicio recibirá de la E.P.S. el pago correspondiente con base en las tarifas pactadas o con las establecidas para el S.O.A.T. En todo caso es el médico quien define esta condición y cuando el paciente utilice estos servicios sin ser una urgencia deberá pagar el valor total de la atención.*
PARAGRAFO. *Cuando la IPS no pertenezca a la red de prestadores de las EPS, informará la atención de los afiliados en el servicio de urgencias, en las 24 horas hábiles siguientes al ingreso del paciente; en caso contrario, deberá remitir esta información con la periodicidad que se haya pactado entre las dos instituciones. Las EPS garantizarán la infraestructura necesaria para el reporte oportuno por parte de las IPS.*

(...)

ARTÍCULO 93. REMISIÓN. *Es el procedimiento administrativo asistencial mediante el cual se transfiere el cuidado de un paciente de un profesional del área de la salud a otro profesional, un especialista o nivel superior de atención, con la consiguiente transferencia de responsabilidad por la salud del usuario.»*

De igual forma, el Decreto 1011 de 2006 “Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud”, indica:

«Artículo 1°. Campo de aplicación. *Las disposiciones del presente decreto se aplicarán a los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.*
(...)

Artículo 2°. Definiciones. *Para efectos de la aplicación del presente decreto se establecen las siguientes definiciones: Atención de salud. Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda*

la población.

(...)

Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SOGCS. Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país. Unidad sectorial de normalización en salud. Es una instancia técnica para la investigación, definición, análisis y concertación de normas técnicas y estándares de calidad de la atención de salud, autorizada por el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo. Los estándares de calidad propuestos por esta Unidad se considerarán recomendaciones técnicas de voluntaria aplicación por los actores del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, los cuales podrán ser adoptados mediante acto administrativo por el Ministerio de la Protección Social, en cuyo caso tendrán el grado de obligatoriedad que este defina.

Artículo 3°. Características del SOGCS. *Las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerequisite para alcanzar los mencionados resultados.*

Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características:

1. Accesibilidad. *Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.*

2. Oportunidad. *Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.* *Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.*

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

4. Pertinencia. *Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.*

5. Continuidad. *Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.*

(...)) (Negritas fuera de texto)

Y, el Decreto 4747 de 2007 «Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones» contempla:

“ARTÍCULO 1°. OBJETO. *El presente decreto tiene por objeto regular algunos aspectos de la relación entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la*

población a su cargo.

ARTÍCULO 2°. CAMPO DE APLICACIÓN. *El presente decreto aplica a los prestadores de servicios de salud y a toda entidad responsable del pago de los servicios de salud. Cuando las entidades que administran regímenes especiales y de excepción suscriban acuerdos de voluntades con prestadores de servicios de salud a quienes les sea aplicable el presente decreto, deberán cumplir con los términos aquí establecidos.*

ARTÍCULO 3°. DEFINICIONES. *Para efectos del presente decreto se adoptan las siguientes definiciones:*

a). Prestadores de servicios de salud. *Se consideran como tales las instituciones prestadoras de servicios de salud y los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud y que se encuentran habilitados. Para efectos del presente decreto, se incluyen los profesionales independientes de salud y los servicios de transporte especial de pacientes que se encuentren habilitados;*

b). Entidades responsables del pago de servicios de salud. *Se consideran como tales las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las administradoras de riesgos profesionales.*

c). Red de prestación de servicios. *Es el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, ubicados en un espacio geográfico, que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional orientado por los principios de complementariedad, subsidiariedad y los lineamientos del proceso de referencia y contrarreferencia establecidos por la entidad responsable del pago, que busca garantizar la calidad de la atención en salud y ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades de la población en condiciones de accesibilidad, continuidad, oportunidad, integralidad y eficiencia en el uso de los recursos.*

d). Modelo de atención. *Comprende el enfoque aplicado en la organización de la prestación del servicio, la integralidad de las acciones, y la consiguiente orientación de las actividades de salud. De él se deriva la forma como se organizan los establecimientos y recursos para la atención de la salud desde la perspectiva del servicio a las personas, e incluye las funciones asistenciales y logísticas, como la puerta de entrada al sistema, su capacidad resolutoria, la responsabilidad sobre las personas que demandan servicios, así como el proceso de referencia y contrarreferencia.*

e). Referencia y contrarreferencia. *Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago. La referencia es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, dé respuesta a las necesidades de salud.*

La contrarreferencia es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió.

La respuesta puede ser la contrarremisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

f). Acuerdo de voluntades. Es el acto por el cual una parte se obliga para con otra a dar, hacer o no hacer alguna cosa. Cada parte puede ser de una o varias personas naturales o jurídicas. El acuerdo de voluntades estará sujeto a las normas que le sean aplicables, a la naturaleza jurídica de las partes que lo suscriben y cumplirá con las solemnidades, que las normas pertinentes determinen.

(...)

ARTÍCULO 17. PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.
El diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contrarreferencia y la operación del sistema de referencia y contrarreferencia es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud, quienes deberán disponer de una red de prestadores de servicios de salud que garanticen la disponibilidad y suficiencia de los servicios en todos los niveles de complejidad a su cargo, así como la disponibilidad de la red de transporte y comunicaciones.

Con el fin de garantizar la calidad, continuidad e integralidad en la atención, es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud la consecución de institución prestadora de servicios de salud receptora que garantice los recursos humanos, físicos o tecnológicos así como los insumos y medicamentos requeridos para la atención de pacientes.

La responsabilidad del manejo y cuidado del paciente es del prestador remitente hasta que ingrese en la institución receptora. Cuando el transporte se realice en una ambulancia debidamente habilitada, que no dependa de la IPS remitente, la entidad que tiene habilitado el servicio de transporte será responsable de la atención durante el mismo, con la tecnología disponible de acuerdo con el servicio de ambulancia habilitado, hasta la entrega del paciente en la entidad receptora definida por la entidad responsable del pago.

PARÁGRAFO. Las entidades responsables del pago de servicios de salud podrán apoyarse para la operación del proceso de referencia y contrarreferencia a su cargo, en los centros reguladores de urgencias y emergencias, para lo cual deberán suscribir contratos o convenios según sea el caso.» (Negritas fuera de texto)

Finalmente, en la Circular Externa 047 de 2007, proferida por la Superintendencia de Salud “Circular Única” refiere:

«Para la solicitud de autorización de funcionamiento la entidad debe presentar una propuesta del diseño y organización de la red de servicios, indicando el nombre, ubicación de los prestadores de servicios de salud con el tipo y complejidad de los servicios contratados, **que garanticen la oportunidad, integralidad, continuidad y accesibilidad a la prestación de servicios de la población a cargo de la entidad responsable del pago.**

La red de prestadores de servicios de salud **debe responder a estándares universales de calidad en función de garantizar capacidad instalada de acuerdo a la población a afiliar y presupuestos de utilización de servicios estimados para dicha población.**

En el diseño y organización de la red de prestación de servicios, incluyendo los servicios administrativos de contacto con el paciente, las entidades responsables del pago de los servicios de salud garantizarán los servicios de baja complejidad de manera permanente en el municipio de residencia de los afiliados, salvo cuando a juicio de estos sea más favorable recibirlos

en un municipio diferente con mejor accesibilidad geográfica.

La red debe garantizar la disponibilidad y suficiencia de los servicios en todos los niveles de complejidad a su cargo, así como la disponibilidad de la red de transporte y comunicaciones para desarrollar la referencia y contrarreferencia de pacientes.» (Negrillas fuera de texto)

De acuerdo con las normas transcritas, existe una serie de obligaciones funcionales para las instituciones prestadoras de servicios de salud, que imponen a quien atiende un paciente, la obligación de realizar una referencia adecuada al nivel de complejidad superior que requiera, de forma oportuna y eficaz, con el fin de garantizar el acceso a la tecnología adecuada a su estado de salud, conforme el modelo adoptado por el Legislador para garantizar la prestación eficiente y oportuna del servicio a todos los integrantes de la comunidad, la referencia de pacientes a un nivel superior.

Igualmente, es deber de las EPS contar con un sistema adecuado de referencia, que garantice la atención continua, permanente, integral y de calidad del servicio de salud.

Las normas señaladas tienen como fin esencial lograr una eficiente prestación del servicio entre los organismos de salud de distintos niveles de atención, establecen que se debe garantizar una atención adecuada al nivel de complejidad requerido. Por lo anterior, no es solo hacer lo posible para que se materialice la remisión a un nivel superior, cuando se requiere, sino asegurarlo, tener certeza y seguridad de que va a ocurrir, en otras palabras, materializar la referencia a la atención apropiada en salud.

De acuerdo con las pruebas recaudadas, como la historia clínica y las declaraciones de los médicos que atendieron al señor Ramón Ulises, se puede deducir que en el presente caso la atención brindada por la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal estuvo acorde a la sintomatología que presentaba, teniendo en cuenta que se trataba de un paciente hemodinámicamente estable y su estado no era crítico como para realizar una remisión de urgencia vital, esto es, su condición podía esperar el proceso de remisión que inició el hospital de primer nivel, pues sus signos vitales se encontraban dentro de los parámetros normales, no tenía fiebre al momento de su ingreso, su oximetría estaba normal y su tensión arterial estaba en límites estables, no tenía una elevación de la frecuencia cardíaca, ni de la frecuencia respiratoria y fue hospitalizado bajo la supervisión de profesionales de la salud. Tampoco se encuentra demostrado en el proceso que por las condiciones propias

del paciente se requería el traslado en un tiempo determinado.

Así entonces, en el presente caso se observan los esfuerzos del personal médico y el empleo de los recursos a su alcance para determinar la causa de los síntomas que padecía el paciente, y cuando los resultados de los exámenes mostraron un paciente con patrón obstructivo, con marcado aumento de bilirrubinas y transaminasas, se determinó la remisión, esto es a las 6 horas de haber ingresado a la entidad hospitalaria, con el fin de continuar su valoración por médicos especialistas y exámenes específicos que no se encontraban en el primer nivel de atención.

De la lectura de la historia clínica se evidencia la actuación temprana de la ESE Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal al valorar y practicar los exámenes correspondientes e iniciar el proceso de remisión el mismo día del ingreso del paciente, incluso, para el día 3 de abril de 2016 al no observar aceptación por parte de la EPS, la médico tratante Alejandra Aguirre Novoa decidió comentar directamente al Hospital San Jorge de Pereira, logrando la remisión al día siguiente en horas de la mañana.

Además, en el expediente no existe prueba de la incidencia de esa eventual tardanza en el desenlace fatal, máxime cuando no hay siquiera indicios que respalden tal afirmación.

Finalmente, cabe resaltar que conforme a la jurisprudencia de los máximos órganos de las jurisdicciones administrativa²⁵ y ordinaria, existe responsabilidad de las EPS cuando desatienden los deberes que les impone la Ley 100 de 1993 con sus afiliados y beneficiarios en la prestación de los servicios médicos que prestan a través de las IPS, especialmente en *«la disponibilidad de servicios integrales en su red, lo que implica conseguir IPS que cuenten con los recursos necesarios para atender al paciente»*²⁶ y por *«la insuficiencia de continuidad e integralidad del servicio; la*

²⁵ Consejo de Estado. Sección Tercera. Subsección A. C.P. María Adriana Marín. Sentencia del 4 de febrero de 2022. Radicación número: 85001-23-31-000-2007-00125-01 (47549) Actor: Alexander Fernández Bermúdez y otros Demandado: CAPRESOCA EPS Y OTROS. Reparación Directa.

²⁶ En sede constitucional, Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera Subsección B. Magistrado ponente: MP Martín Bermúdez Muñoz. sentencia del 7 de julio de 2022. Referencia: Acción de tutela. Radicación: 11001-03-15-000-2022-02954-00. Accionantes: Kevin Bedoya Osorio y otros. Accionados: Tribunal Administrativo de Risaralda, Sala Primera de Decisión y otro

complacencia frente a malas prácticas y su ocultamiento»²⁷, sin embargo, en el presente caso no fue demandada la entidad prestadora de salud del señor Ramón Ulises, motivo por el cual no es procedente el estudio de la responsabilidad de la misma.

Así las cosas, para este Tribunal no es procedente imputar responsabilidad a la entidad accionada ESE Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal por el daño antijurídico reclamado, ni tampoco se puede imputar responsabilidad de acuerdo con la teoría de la pérdida de oportunidad aplicada por la jurisprudencia del Consejo de Estado, la cual ha sido entendida como daño resarcible de carácter autónomo, y ha sido analizada en repetidas ocasiones por la jurisprudencia, particularmente en casos relativos a la responsabilidad patrimonial del Estado por actividades médico asistenciales.

Importa por parte de esta Colegiatura acotar que la pérdida de oportunidad se constituye, según la jurisprudencia desarrollada por el Consejo de Estado, *«en el cercenamiento de una ocasión aleatoria que tenía una persona de obtener un beneficio o de evitar un menoscabo, posibilidad benéfica que, sin perjuicio de que no es posible avizorar con toda certeza y sin margen de duda que se hubiese materializado en la situación favorable que se esperaba, no se puede desconocer que existía y que poseía una probabilidad considerable de haberse configurado en ésta.»²⁸*

En esa ocasión la Alta Corporación de lo Contencioso señaló como elementos esenciales para su configuración los siguientes: i) certeza respecto de la existencia de una oportunidad que se pierde; ii) imposibilidad definitiva de obtener el provecho o de evitar el detrimento; y iii) la víctima debe encontrarse en una situación potencialmente apta para pretender la consecución del resultado esperado.

No obstante, en atención al precedente antes citado, el Consejo de Estado en sentencia proferida el 5 de abril de 2017²⁹ con ponencia del Consejero Ramiro

²⁷ CSJ SC. Sentencia del 17 de noviembre de 2011. Rdo. 1999-00533; CSJ. SC-13925 del 24 de agosto de 2016. M.P. Ariel Salazar Ramírez; CSJ, SC9193 de 2017. M.P. Ariel Salazar Ramírez y CSJ, SC2769 de 2020. M.P. Octavio Augusto Tejeiro Duque.

²⁸ CONSEJO DE ESTADO. SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO. SECCIÓN TERCERA “SUBSECCIÓN B”. consejero Ponente: Danilo Rojas Betancourth. Bogotá, D. C., 31 de mayo de 2016. Expediente:38267. Radicación:630012331000200300261 01. Actor: Edilberto Piedrahita Tenorio. Demandado: Nación- Rama Judicial. Naturaleza: Acción de reparación directa.

²⁹ Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera – Subsección B. Consejero Ponente: Ramiro Pazos Guerrero. Bogotá, d.c., cinco (05) de abril de dos mil diecisiete (2017). Expediente: 25706. Radicación: 170012331000200000645-01. Actor: Ángela María Gutiérrez Campiño y otros. Demandado: CAJANAL y otro. Naturaleza: acción de reparación directa.

Pazos Guerrero, reordenó los elementos constitutivos del daño de pérdida de oportunidad, bajo los siguientes términos: **a) Falta de certeza o aleatoriedad del resultado esperado, b) Certeza de la existencia de una oportunidad y c) Pérdida definitiva de la oportunidad.**

Así, el primer elemento para proceder a estudiar los otros que se exigen para la estructuración de la pérdida de oportunidad es la **falta de certeza o aleatoriedad del resultado esperado**, es decir, la incertidumbre respecto a si el beneficio o perjuicio se iba a recibir o evitar, requisito que considera esta Sala se cumple en el *sub lite*, ya que existía posibilidad de la remisión a un mayor nivel de atención, sin embargo, no existe certeza que de efectuarse se hubiere evitado la muerte; lo anterior, en la medida en que la oportunidad reside en un concepto que se concreta por no existir certeza de que su resultado habría beneficiado a su titular.

Frente al segundo componente denominado **b) Certeza de la existencia de una oportunidad**, se debe verificar la existencia inequívoca de una oportunidad que se perdió, esto es, que de no haber ocurrido el evento dañoso, la víctima habría mantenido incólume la expectativa de obtener el beneficio o de evitar el detrimento correspondiente, conforme la interpretación efectuada por esa Alta Corporación. En el *sub examine*, se efectuaron las maniobras correctas para atender al paciente en el Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal y se realizaron las diligencias para remitirlo a un mayor nivel, no obstante, este falleció en el Hospital Universitario San Jorge de Pereira que es de tercer nivel, sin que se probara cuál fue la causa, pues las declaraciones de los médicos que suministraron la atención al paciente fueron coherentes al exponer que, pese a que al paciente se le practicaron todas las ayudas diagnósticas y las intervenciones que requería, las condiciones propias de su patología no respondieron al tratamiento.

Así las cosas, al no encontrarse acreditado este requisito, se hace innecesario estudiar el último de ellos, y hay lugar a concluir que en el presente asunto no se configuran los presupuestos de la pérdida de oportunidad. Bajo esa perspectiva, para esta Corporación la parte actora no cumplió con la carga procesal que le asistía de acreditar la totalidad de los elementos de la responsabilidad de la entidad demandada en el asunto debatido frente a la ESE Hospital San Vicente de Paúl.

5.2.3. De la atención médica suministrada en E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira

Refiere la parte actora en el recurso de apelación frente a este cargo:

«Otro aspecto que debe analizar el Honorable Juez de segunda instancia, es el mal manejo que se le dio en HOSPITAL SAN JORGE DE PEREIRA, en donde adquirió una infección o bacteria intrahospitalaria, que, aunado a las demás fallas médicas, fue un determinante en las protuberantes fallas médicas. Obra prueba en el expediente que efectivamente el paciente adquirió una infección intrahospitalaria, la que se traduce en una falla en la prestación del servicio, toda vez que la jurisprudencia del Honorable Consejo de Estado, ha determinado que constituye una falla y por ende responsabilidad administrativa y patrimonial del Estado, aquellos casos en donde el paciente adquiere una infección intrahospitalaria».

Cabe señalar en este punto que la apelación así formulada no se acompasa con la sustentación que se exige de este instrumento judicial, pues no se precisan cuáles son «*las demás fallas médicas*» en que incurrió la entidad hospitalaria, ni la «*prueba en el expediente*» en el que se consigna la supuesta infección o bacteria intrahospitalaria, y siquiera su denominación, sino que se expone de manera general que esta ocurrió y que conforme a la jurisprudencia del Consejo de Estado constituye una falla del servicio.

En sentencia SU-418 de 2019, la Corte Constitucional consideró que «*la apelación no debe convertirse en el instrumento a través del cual se pretenda probar suerte ante el juez superior, sino que solo debería acudir a ella en aquellos supuestos en los que existan elementos sólidos que den cuenta de que el juzgador de primera instancia incurrió en una equivocación. Eso explica por qué se exige que la apelación deba ser sustentada*».

También, establece el artículo 328 del Código General del Proceso:

«ARTÍCULO 328. COMPETENCIA DEL SUPERIOR. *El juez de segunda instancia deberá pronunciarse solamente sobre los argumentos expuestos por el apelante, sin perjuicio de las decisiones que deba adoptar de oficio, en los casos previstos por la ley.*

(...).

De acuerdo con la norma en mención, las inconformidades que apunten a desvirtuar la sentencia controvertida constituyen el marco en el que el juez de segunda

instancia llevará a cabo la función revisora que comporta tramitar y decidir una apelación, motivo por el cual en esta oportunidad se revisarán las razones de inconformidad de la parte recurrente que confrontan los motivos expuestos por el fallador de primera instancia, para determinar si las pruebas y el sustento jurídico han sido correctamente valorados respecto al Hospital Universitario San Jorge de Pereira.

De la historia clínica se encuentra que el señor Ramón Ulises Cardona fue remitido desde el Hospital San Vicente de Paúl al Hospital Universitario San Jorge de Pereira el día 4 de abril de 2016, con diagnóstico de cálculo de conducto biliar sin colangitis ni colecistitis, se hospitalizó y se le tomaron exámenes que mostraron colelitiasis (cálculos en la vesícula biliar) y probable coledocolitiasis (cálculos en los conductos biliares) con perfil hepático de patrón obstructivo, por lo que se solicitó una CPRE³⁰, al día siguiente se programó ayuno de 8 horas y se le explicó la técnica y riesgo.

El cirujano general Luis Fernando Guarnizo Capera, destacó de su primera intervención el día 5 de abril de 2016 lo que a continuación se señala:

«(...) En ese momento el paciente me refiere que está asintomático. Quiere decir que no estaba refiriendo ninguna queja como dolor, fiebre o algún tipo de malestar. En ese momento, durante el examen físico podemos ver que estaba afebril, hidratado, sin dificultad respiratoria, alerta con ictericia, ictericia quiere decir que tenía una un tinte amarillo en la piel y las mucosas, con una frecuencia cardiaca de 75, frecuencia respiratoria, 18 a nivel abdominal el abdomen era blando, depresible, con una palpación no dolorosa, con peristaltismo presente, sin irritación peritoneal, la irritación peritoneal quiere decir que el paciente no se defendía al momento de tocarle el abdomen porque no se encontraba doloroso ni irritado, ahí conceptuó que es un paciente con coledocolitiasis colecistitis con un síndrome icterico es que un síntoma icterico obstructivo, (...) sin dolor abdominal, sin irritación peritoneal, sin respuesta inflamatoria sistémica, sin respuesta inflamatoria sistémica quiere decir que el paciente no estaba taquicárdico, no estaba polipneico, no tenía leptosis, sin signos de colangitis, la colangitis hacemos referencia a una infección de la vía biliar, en ese momento no tenía el paciente, digamos que hay unos criterios para establecer cuándo hay colangitis, de esos criterios que manejamos para la colangitis al paciente solamente estaba icterico, en que se requería una CPRE que es un procedimiento que en este momento no se estableció como diagnóstico, o sea, puede ser diagnóstico y terapéutico, pero en este momento es más terapéutico que diagnóstico por la sospecha que teníamos de lo que tenía el paciente y según los resultados de ese procedimiento que buscaba era establecer cuál era la causa de su obstrucción biliar sería llevado posteriormente a una colecistectomía, ahí autorizo hospitalizar al paciente por el servicio de cirugía general, dieta según los estudios que se le iban a realizar y pendiente la CPRE con nueva valoración para definir conductas adicionales según los resultados»

³⁰ Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica.

Para el día 6 de abril de 2016 se señala en la historia clínica que los tiempos de coagulación están dentro de los límites normales y es valorado por anestesiología que considera riesgo bajo para el procedimiento.

El día 7 de abril de 2016 al señor Ramón Ulises se le practicó una esfinterotomía³¹ de acceso a través de CPRE. En los hallazgos se describe:

«F. DESCRIPCION DE LOS HALLAZGOS OPERATORIOS, PROCEDIMIENTOS Y COMPLICACIONES

INDICACION: SX ICTERICO OBSTRUCTIVO PREVIA EXPLICACION, FIRMA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO, MONITORIA CONTINUA, SEDACION POR ANESTESIOLOGIA, SE REALIZA PROCEDIMIENTO EN SALAS DE CIRUGIA BAJO VISION FLUOROSCOPICA: 1. SE AVANZA EQUIPO HASTA SEGUNDA PORCION, PAPILA DE LOCALIZACION DISTAL, PROMINENTE, ENGROSADA 2. SE INTENTA CANULACION CON PAPILOTOMO DE ARCO TRILUMEN Y GUIA HIDROFILICA, SIN EXITO, SE REALIZA ESFINTEROTOMIA DE ACCESO CON PAPILOTOMO DE PUNTA XL SE REALIZA CORTE, POSTERIORMENTE SE INTENTA CANULACION CON PAPILOTOMO Y GUIA EN VARIAS OCASIONES SIN EXITO, PRESENTANDO EDEMA DE PAPILA POR LO CUAL SE SUSPENDE PROCEDIMIENTO POR RIESGO DE PERFORACION

DIAGNOSTICO:1. ESFINTEROTOMIA DE ACCESO 2. EDEMA DE PAPILA PLAN VIGILAR SIGNOS DE PERFORACION, SANGRADO, PANCREATITIS NVO POR 24 HORAS LUEGO DIETA LIQUIDA NUEVA CPRE DESPUES DE 72 HORAS»

Al respecto, el médico especialista en gastroenterología doctor Juan Manuel Jiménez Montoya declaró:

*«El paciente presentaba un cuadro de dolor abdominal asociado a coloración amarilla en la orina y en la piel, conocido en término médico como ictericia, el paciente se manifiesta que desde el 23 de marzo venía presentando los episodios de síntomas, motivo por el cual finalmente consultó al hospital de sitio de remisión el 3 de abril y fue remitido al hospital San Jorge, el 4 de abril. (...). En el momento de la valoración se encontró un paciente quien relataba el cuadro con signos estables, sin inestabilidad hemodinámica y se consideró dado los exámenes que se le habían hecho llevar a un procedimiento que es un CPRE que son las iniciales de con la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, que es entrar endostópicamente por la boca hasta el intestino y extraer o resolver los cálculos (...). Entonces el paciente se llevó a al procedimiento, o sea, el paciente se valoró inicialmente el 7 y ese mismo 7 se llevó a hacer el procedimiento, pero durante el procedimiento en la papila se presentó edema, o sea se hinchó, cuando se hincha la papila por donde estás haciendo cortes para poder ingresar a la vía biliar, por eso paré el procedimiento y se reprogramó, esperando que la papila desinflamara. (...) **PREGUNTADO:** Luego de que usted se detiene en ese procedimiento, quiere decir que no se llevó a cabo la CPRE en ese momento. **CONTESTÓ:** En ese momento no, porque cuando se presenta edema o hinchazón de la papila lo prudente es parar porque si se intenta seguir haciendo el procedimiento, pues cuando tienes todo hinchado todo de ematizado, pues al contrario, puedes hacerle es una lesión al*

³¹ Corte a nivel de la papila mayor para acceder a la vía biliar, a través de esfinterótomo (Explicación del testigo Luis Fernando Guarnizo Capera- cirujano general).

paciente., entonces lo prudente y lo que está indicado en todas las guías es parar y esperar que la papila desinflame para llevarlo en un segundo tiempo a hacer el procedimiento. PREGUNTADO: Y cuánto tiempo es el que aconseja la literatura médica o en este caso la lex artis para volver a intentar el procedimiento. CONTESTÓ: Son generalmente 72 horas, 48 a 32 horas. (...) luego de esa primera intervención que no fue posible realizar la CPRE, después de eso el paciente sigue en observación médica (...) luego fue llevado a nuevamente a CPRE por el doctor Guevara, quién logró entrar a la vía biliar y hacer el tratamiento. Después de eso, el paciente al día siguiente fue valorado después de las CPRE y se encontró un paciente que se encontraba sin signos clínicos de complicación, con una evolución favorable y por eso se consideró por parte del servicio de Gastroenterología, como estaba resuelta la parte de Gastroenterología, pues cerrar la interconsulta y ya continuar por el servicio de cirugía general. PREGUNTADO: Bien doctor, usted intentó realizar la CPRE, por favor, explíqueme al despacho cuál era la finalidad o el objetivo de practicar esa intervención. CONTESTÓ: Sí señor. La vía biliar es el conducto que comunica el hígado con el intestino por donde cae la bilis, o sea, el hígado produce bilis y la bilis cae al intestino por ese conducto, ese conducto se llama la vía biliar, lo que uno hace es por endoscopia, entrar por la boca hasta el intestino y desde el intestino meterse retrógradamente a la vía biliar para resolver la obstrucción, o sea, extrayendo cálculos o si no es posible hacer cálculos, pues se coloca un stent, un stent es cometer un tubo entre otro tubo para que la bilis siga pasando y la finalidad es resolver la obstrucción que tiene el paciente. PREGUNTADO: Usted qué recomendó para el paciente, qué tratamiento se debía seguir después del procedimiento. CONTESTÓ: El paciente había sido valorado por el servicio de cirugía general y lo programó para COLELAP, que es la colecistectomía, que es sacar la vesícula biliar, porque el 90% de los cálculos del conducto biliar vienen de los cálculos de la vesícula biliar, entonces, cuando se resuelven los cálculos, pues la conducta adecuada es programarlo para retirar la vesícula biliar, para que no vuelvan a pasar cálculos al conducto biliar y no se vuelva a obstruir el paciente. PREGUNTADO: Pero de acuerdo con su respuesta, doctor Jiménez, esa fue su recomendación en este caso concreto o es lo que determinó otro médico cirujano. CONTESTÓ: Cuando se valoró el paciente, ya después de realizada la segunda CPRE que yo lo valoré, ya el servicio de cirugía, el cirujano que lo estaba viendo ya lo había programado para colecistectomía, por parte mía, como le había colocado un stent en la vía biliar por un síndrome de mirizzi asociado, se había programado para nueva CPRE en los 3 meses para retirar de stent. El síndrome de Mirizzi consiste en que uno de los cálculos de la vesícula comprime por fuera la vía biliar, entonces ese cálculo no lo puede sacar, entonces lo que tú haces es colocar un stent para que pues se resuelva el cuadro obstructivo, que fue lo que se le hizo en la segunda CPRE. PREGUNTADO: A folio 10 de la historia clínica se encuentra su primera valoración del paciente el día 7 de abril de 2016. Por favor, indíqueme al despacho si para el momento en que usted valora a este paciente se encontraba con indicación de una cirugía urgente o realización de la CPRE de manera urgente. CONTESTÓ: La indicación de CPRE urgente es cuando el paciente, además de la obstrucción de la vía biliar por cálculos en este caso presenta un cuadro de una colangitis severa asociada a choque séptico, que se manifiesta pues por una infección severa asociado a hipotensión. Es el único caso en que se debe hacer la CPRE de manera urgente. Como no es el caso del paciente, el paciente se programó para hacer la CPRE. De hecho, como no se tuvo acceso en ese momento a la vía biliar, se pudo reprogramar tranquilamente para de que la papila desinflamara que fue lo que pasó. PREGUNTADO: Por qué se puede presentar un edema de papila como el presentado en este paciente. CONTESTÓ: El edema de papila se puede producir por el propio efecto de cálculo, los cálculos tratando de salir de empujar la papila que mantiene cerrada, sí, es la cosa más frecuente. La propia instrumentación, (inaudible) fosa del intestino puede producir inflamación, pero pues son

condiciones tanto de la patología como del paciente, y en ese caso, pues lo que uno hace es esperar a que desinflame para tener un mejor acceso después.»

Como se observa de la anterior declaración, durante la CPRE se presentó un edema (hinchazón) en la papila y por tal motivo se debió terminar el procedimiento y se reprogramó dentro de las 72 horas, esperando que la papila desinflamara, dado que no era catalogado como urgente en el caso particular, por no existir infección.

Posteriormente, se registró que el 11 de abril de 2016 al paciente se le practicó la nueva intervención (CPRE) dentro de las 72 horas como estaba previsto, con implante de stent biliar de plástico, en el cual se anotaron los siguientes hallazgos:

«F. DESCRIPCION DE LOS HALLAZGOS OPERATORIOS, PROCEDIMIENTOS Y COMPLICACIONES

SE PROGRESA EL EQUIPO HASTA EL DUODENO EN LA SEGUNDA PORCION, EN LA PARED MEDIAL SE VISUALIZA LA PAPILA PREVIAMENTE PAPILOTOMIZADA, ABOMBADA AUMENTADA DE TAMAÑO. SE REALIZA LA ESFINTEROTOMIA DE ACCESO AMPLIA, SE EXTRAE CALCULO DE PIGMENTO AMARILLO DE 12 MM DE DIAMETRO ENCLAVADO EN LA PAPILA. SE OBTIENE ABUNDANTE BILIS. SE REALIZA LA CANULACION SELECTIVA CON EL PAPILOTOMO DE ARCO TRILUMEN Y LA GUIA HIDROFILICA 0.035. BAJO LA VISION FLUOROSCOPICA SE CONFIRMA LA POSICION Y SE REALIZA LA COLANGIOGRAFIA. LA VIA BILIAR INTRAHEPATICA SE ENCUENTRA DILATADA. LOS HEPATICOS DILATADOS EN EL HEPATICO DERECHO CON UN DEFECTO DE LLENAMIENTO DE 10 MM OVALADO. EL HEPATICO COMUN MIDE 12 MM. EL COLEDOCO EN SU TERCIO MEDIO Y DISTAL MIDE 8 MM, CON MULTIPLES DEFECTOS DE LLENAMIENTO EN SU INTERIOR DE 8 MM DE DIAMETRO. LA VESICULA CON MULTIPLES DEFECTOS DE LLENAMIENTO (sic) EN SU INTERIOR. EL CISTICO DILATADO CON MULTIPLES DEFECTOS DE LLENAMIENTO, EN SU PORCION MAS DISTAL CON UN DEFECTO DE LLENAMIENTO DE 10 MM OVALADO QUE COMPRIME EL HEPATICO COMUN. SE AMPLIA LA ESFINTEROTOMIA. SE AVANZA LA CANASTILLA DE EXTRACCION DE CALCULOS DE DORMIA, SE OBTIENEN MULTIPLES FRAGMENTOS DE CALCULOS DE PIGMENTO AMARILLO Y BILIS OSCURA. SE AVANZA EL BALON DE EXTRACCION DE CALCULOS DE 15 MM, SE OBTIENEN 5 CALCULOS DE PIGMENTO AMARILLO. SE REALIZA LA COLANGIOGRAFIA DE CONTROL QUE EVIDENCIA LA PERSISTENCIA DE LA COMPRESION DEL HEPATICO COMUN POR EL CISTICO. SE REALIZA EL LAVADO Y DRENAJE ABUNDANTE DE LA VIA BILIAR. BAJO LA TECNICA DE SELDINGER SE IMPLANTA UN STENT BILIAR DE 12 CM X 10 FRENCH PERCUFLEX (REF 3369 LOTE 18931559), CON EXTREMO PROXIMAL EN EL HEPATICO IZQUIERDO. SE CONFIRMA EL DRENAJE DEL MEDIO DE CONTRASTE Y LA HEMOSTASIA. **DIAGNOSTICOS 1. HEPATOLITIASIS RESUELTA, 2. COLEDOCOLITIASIS MULTIPLE RESUELTA 3. CALCULO ENCLAVADO EN LA PAPILA 4. SINDROME DE MIRIZZI TIPO I POP CPRE + ESFINTEROTOMIA + EXTRACCION DE CALCULOS + IMPLANTE DE STENT BILIAR DE PLASTICO.** OBSERVACIONES: PARACLINICOS DE CONTROL EN LA MAÑANA.» (Negritas y subrayas fuera de texto).

El doctor Jairo Alfredo Guevara Guzmán, médico internista y gastroenterólogo

efectuó el segundo procedimiento CPRE cuyos hallazgos fueron varios cálculos, y la colocación de un stent para evitar la obstrucción mientras se le realiza la colecistectomía (extirpar la vesícula). El especialista en mención manifestó:

«**PREGUNTADO:** Aquí al final aparece su nombre Guevara Guzmán Jairo Alfredo. Esta atención es del 11 de abril del 2016. Por favor, manifieste al despacho lo que usted recuerde y le conste sobre la atención que usted le brindó al paciente este día. **CONTESTÓ:** Bueno nos encontramos en contexto de un paciente de 49 años con un síndrome biliar obstructivo, una coledocolitiasis de alta probabilidad, el cual fue llevado a CEPRE 72 horas antes con una CPRE fallida, con el posterior seguimiento por parte del servicio de Gastroenterología y el día que yo lo evalué, que es el 11 de abril, pues seguíamos a la espera de la mejoría del edema de la papila para poder ser llevado a nueva CPRE, nuevo intento de CPRE. Básicamente había presentado el día anterior episodios de sangrado digestivo, los cuales se explican por la intervención realizada, que fue una esfinterotomía. Empezamos donde se realizan cortes a nivel de la papila mayor duodenal, y en el transoperatorio uno suele controlar el sangrado en caso que sangre en ese momento o en el posoperatorio pueden presentar sangrados que pueden ser incluso mayores. En el caso del señor era un sangrado manifestado por sangrado digestivo en melenas primero, es decir, deposición negra que indica sangre digerida y algo de sangrado rectal. Esa sangre es sangre roja rutilante, lo que se hace con esos sangrados básicamente es vigilar la hemoglobina, si hay inestabilidad o si simplemente estos sangrados en el 90% se controlan solos. En el caso del señor es lo que manifiesto yo, que ha presentado sangrado posterior a la esfinterotomía presentó en hematemesis, que es la presencia vómito con sangre. Recordemos que el duodeno está junto al estómago, con más o menos 10, 15 cm, se encuentra la papila y esos sangrados de la papila pueden ir al estómago y presentar vómitos con sangre, o puede seguir el recto intestinal produciendo las melenas, es decir, el popo negro o con sangre digerida o sangrados frescos. Sin embargo, no había inestabilidad hemodinámica, la hemoglobina no se cayó significativamente, que nos hiciera pensar que hubiera podido causar inestabilidad y se controló solo. El paciente ese mismo día se había programado para la realización de la CPRE, que es lo que refiero yo ahí que será llevado a hoy, dado que se encuentra en condiciones para la misma. (...) este es un procedimiento, como les digo, terapéutico, con claras indicaciones y solamente lo hacemos en aquellos pacientes que tienen indicación. Se hace de urgencia manifiesta cuando el paciente tiene una enfermedad muy grave que se llama la colangitis, que es la infección y está produciendo lesión de órganos o inestabilidad. De resto se hace de forma programada y electiva (...) lo que hacemos es que a través de un endoscopio que mira lateral o se llama dúodenoscopio de visión lateral, nos vamos por el esófago, bajamos al estómago y entramos al duodeno, en el duodeno en la pared medial, se encuentra en la segunda porción, la papila, que es una estructura de aproximadamente 5 a 10 mm de diámetro y es mucosa de duodeno, asociado a mucosa de 2 conductos importantísimos, que son el conducto que viene desde el hígado hacia al duodeno que se llama colédoco, y un conducto que viene desde el páncreas hacia el duodeno que se llama el conducto pancreático. En este punto lo que hacemos es intentar una canulación directa, es decir, poner un equipo, un instrumento especial que se llama Papilótomo y por medio de unas guías tratamos de introducirlo al conducto. Debe introducirse fácilmente. En caso que no se logre el paso del de la guía porque hay una obstrucción a este nivel, hacemos lo que se llama una esfinterotomía de acceso que es cortar la papila, en estos 5 a 10 mm, como como pueden imaginarse, hay papilas que pueden medir menos 5 o 4 mm. Entonces, gracias a la magnificación del equipo, aseguramos un borde adecuado de corte y empezamos a instrumentar o a cortar de la mucosa del duodeno y de la papila para tratar de lograr el acceso. Eso fue lo que se hizo en

la primera en la primera CPRE. (...) realicé una esfinterotomía amplia y le extraigo un cálculo que se encontraba enclavado en la papila, de ahí empiezo a sacar bilis retenida, meto mis equipos, empiezo a sacar bilis retenida y me meto medio de contraste, agrego medio de contraste para mirar a través de un fluoroscopio, es decir, de rayos X en dos dimensiones, la vía biliar que son los dos hepáticos que vienen, que se unen uno solo a formar el colédoco y ahí encontramos en los hepáticos varios cálculos y en el colédoco además cálculos, lo que hice fue meter una canastilla para tratar de extraer los cálculos o como era un poquito grandecitos de 12 de 10 y 12 mm, tratar de disminuir el tamaño de los mismos y después con un balón extraer los cálculos por la incisión que ya habíamos hecho la esfinterotomía y a través de ahí dejar completamente limpio el colédoco. Además vi que la vesícula estaba, más que la vesícula, el conducto que lleva la bilis de la vesícula al conducto principal que se llama el conducto cístico, estaba dilatado con un defecto de llenamiento que pues probablemente era un cálculo que se encontraba ahí y esa presión que estaba haciendo ese cálculo en forma extrínseca, es decir externa al conducto, no dentro del conducto generaba una obstrucción, por esa razón decidí colocarle un stent que es un tubito de perflex se llama de lo que está hecho, ese tubito lo que hace es reemplazar el conducto para que no permitir que se obstruya nuevamente el paciente y mientras se le realiza la colecistectomía, es decir, sacar la vesícula. (...)»

Al ser interrogado por el síndrome de Mirizzi tipo 1 que se anota en la historia clínica, el galeno señaló:

*«El síndrome de Mirizzi es una entidad que básicamente es un cálculo que se encuentra básicamente o en el cuello de la vesícula o en el cístico que es el conducto que lleva de la vesícula hacia el colédoco y ese cálculo ahí o esa dilatación marcada de la vesícula, bien sea cualquiera de los dos, están obstruyendo alguna parte del conducto principal del colédoco, del hepático común o principalmente el hepático derecho (...) que está produciendo extrínsecamente, es decir, hace una compresión por fuera de la vía biliar y **en caso de no resolverlo con un stent y posteriormente, sacar la vesícula puede generar obstrucción y probablemente la complicación más grave de la obstrucción, que es la colangitis, que tiene una mortalidad cercana al 98%**»*

Al preguntarle si la instalación del stent podía de alguna manera resolver el síndrome de Mirizzi en el paciente o si aun así requería la extracción de la vesícula, indicó:

*«Lo que hace el stent es correr el cálculo que está obstruyendo en este caso estaba obstruyendo era el cístico, o sea el drenaje de la vesícula, entonces al correrlo, solucionamos la obstrucción que hay en el conducto principal y el síndrome biliar obstructivo y disminuye el riesgo de infecciones a nivel del conducto principal, que como les digo se llama colangitis, tiene una alta mortalidad, **pero no resuelve el síndrome**, o sea lo que hacemos es dar una solución mientras se extrae el cálculo, y se extrae la vesícula y se extrae el conducto, para poder retirar el stent y ese sería la solución definitiva»*

Más adelante el testigo señaló:

*«las guías también hablan que después de una CPRE, si hay cálculos en la vesícula, en la misma hospitalización, así no se haya impuesto un stent o no haya habido colangitis **se debe hacer la colecistectomía en la misma hospitalización porque esto ha mejorado el índice de mortalidad, es decir de muerte de los pacientes y de complicaciones asociadas a cálculos en la vesícula**»*

Por su parte, el médico Luis Fernando Guarnizo Capera manifestó:

*«(...). Se decía en ese momento que posterior a la CPRE, como se había documentado que tenía cálculos en la vía biliar y en la vesícula biliar, la conducta más adecuada con este paciente era extraer su vesícula, por lo que se propone al paciente el procedimiento quirúrgico, que es la extracción de la vesícula biliar. Con todos los cálculos que tenía se le explican los riesgos y las complicaciones, pero el paciente no acepta el procedimiento, por lo que se decide dar de alta por la especialidad y controlarlo de forma ambulatoria. **PREGUNTADO:** Bien doctor, allí, en lo que se puede determinar luego de la CPRE, pudo resolverse el tema de los cálculos de lo de la Coledocolitiasis. **CONTESTÓ:** Sí señor juez, en este paciente él tenía la vesícula biliar llena de cálculos. Y en la vesícula biliar tuvo que haber migrado algún cálculo o algunos cálculos por lo que vemos en el informe, porque fueron varios los que encontraron a los conductos biliares. Los conductos biliares son los que comunican el hígado con el intestino y llevan la bilis, al obstruir ese paso, obviamente el paciente se va a poner icterico, se pone amarillo y puede desencadenar unos problemas mucho más delicados en un futuro. Una colecistitis, una colangitis, una pancreatitis. En este paciente teníamos una coledocolitiasis que estaba obstruyendo el flujo de bilis y lo que había que hacer era sacar esos cálculos de la vía biliar para poder resolver el problema que estaba quejándolo en ese momento. Eso se pudo hacer en la segunda CPRE que se le realizó. **Se pudieron extraer los cálculos que había a nivel de la vía biliar, pero continuaban los cálculos a nivel de la vesícula biliar, o sea, el problema estaba resuelto parcialmente. La conducta adicional en este caso es resolverlo con la extracción de la vesícula y todos los cálculos que tenía para evitar que en un futuro pudieran migrar bien (...)**»*

Según la historia clínica, luego del procedimiento, al señor Cardona se le indicó al día siguiente: «IDX. CPRE 11/04/16 HEPATOLITIASIS RESUELTA/ COLEDOCOLITIASIS MULTIPLE RESUELTA /CALCULO ENCLAVADO EN LA PAPILA /SINDROME DE MIRIZZI TIPO I /ESFINTEROTOMIA /IMPLANTE DE STENT BILIAR DE PLASTICO + ESFINTEROTOMIA DE ACCESO 07/04/16 PAPILA DE LOCALIZACION DISTAL PROMINENTE ENGROSADA/ EDEMA DE PAPILA + COLELITIASIS/ COLEDOCOLITIASIS - ICTERICIA OBSTRUCTIVA» y por parte de cirugía general se decidió programarle una colecistectomía³² explicándole los riesgos y complicaciones, ante lo cual el paciente se negó:

*«EN RONDA CON CIRUGIA GENERAL SE DECIDE PROGRAMAR PARA COLECISTECTOMIA, SE EXPLICAN RIESGOS Y COMPLICACIONES, **EL***

³² Intervención quirúrgica consistente en la extracción de la vesícula biliar.

PACIENTE NO DESEA CIRUGIA EN ESTE MOMENTO, POR LO QUE SE DA ALTA POR LA ESPECIALIDAD Y CONTROL AMBULATORIO ESPECIALIZADO. REPORTE DE LAB AZHOADOS NORMALES AMILASA 126 SODIO 142 POTASIO 3.4 CALCIO IONICO 1.24 CLORO 105 HEMOGRAMA NORMAL HB 10.0 CON BILIRRUBINAS Y TRANSAMINASAS EN DESCENSO, LEVE HIPOCALEMIA, SE DEJA REPOSICION ORAL AMBULATORIO» (Negritas y subrayas fuera de texto).

Hasta este momento, se evidencia que aun cuando se practicaron dos CPRE y con ello quedó resuelta la situación de los cálculos en los conductos biliares, era necesaria la práctica de una colecistectomía (extirpación de la vesícula), a lo cual se negó inicialmente el paciente, sin embargo, menciona el doctor Guarnizo Capera, que posteriormente el área de gastroenterología le menciona la importancia de resolver en esa hospitalización la colelitiasis, y este accede a la cirugía, por lo que se llevó a cabo el procedimiento con su participación el día 16 de abril de 2016, así:

«**PREGUNTADO:** Participó usted en la colecistectomía que se le practicó al paciente. **CONTESTÓ:** Sí señor. **PREGUNTADO:** Acá la cirujana era la doctora María Carolina Díaz. **CONTESTÓ:** Sí (...) **PREGUNTADO:** Describa cuál fue su intervención en este procedimiento. **CONTESTÓ:** Bueno, acá en el folio pues se menciona que el 16 de abril a las 12:57 a las 11:57, perdón, se lleva al paciente Ramón Ulises a una colecistectomía por laparoscopia, durante ese procedimiento acá mencionan en los hallazgos Plastrón Apendicular, Colelitiasis, Colecistitis, síndrome de mirizzi tipo 1 y severo proceso inflamatorio del triángulo de calor, acá quiero aclarar que de pronto, por un lapsus de la doctora Díaz, se escribió Plastrón apendicular pero debió haber sido plastrón vesicular, con estos hallazgos, o sea, acá describimos el procedimiento inicial que fue el propuesto del paciente, que fue una colecistectomía por laparoscopia, en la cual entramos y observamos que **había un severo proceso inflamatorio a nivel del triángulo de Calot**, el triángulo de Calot es un triángulo que se forman entre 3 estructuras específicas que es el hepático común, el conducto cístico y el borde inferior del hígado. En esta zona se encuentra una estructura muy importante durante la disección de una colecistectomía que es la arteria cística, al encontrar este hallazgo en el momento de la laparoscopia de un proceso inflamatorio severo a nivel de ese triángulo, **nosotros decidimos cambiar el procedimiento de laparoscopia a un procedimiento abierto porque la disección con los implementos que usamos para laparoscopia iba a ser demasiado complicado** y iba a dificultar la disección adecuada de esas estructuras que necesitábamos identificar y ligar para poder sacar la vesícula con seguridad. Y la mejor opción en este momento no era continuar en un procedimiento laparoscópico que nos iba a llevar mucho más tiempo que iba a ser dispendioso, que iba a ser difícil y que probablemente íbamos a terminar abriendo el paciente en un futuro durante el mismo procedimiento quirúrgico. Entonces se decidió inicialmente por esos hallazgos clínicos, convertir a la cirugía a una cirugía abierta. En ese momento se extraen todos los implementos que se usan para hacer una cirugía laparoscópica, se hace una incisión y se disecciona la vesícula de forma del fondo de la vesícula hacia el triángulo de calor para que la disección sea mucho más segura y sea más expedita. Sin embargo, no se puede llegar a disecar ese triángulo de Calot con una forma segura y al no poderse hacer ese procedimiento así, pues obviamente uno no va a disecar esas estructuras ahí porque puede causar un problema, como puede ser una lesión de vía biliar, entonces se decide abrir la vesícula, extraer los cálculos, dejar la menor cantidad de vesícula posible, cauterizar la vesícula, o sea, la mucosa y sus bordes, y hacer un cierre de ese muñón de vesícula que nos va a quedar pequeño con una sutura especial tipo Parquer, que nos va a permitir

que sea mucho más seguro ese cierre, que no haya filtraciones ni haya un sangrado. Se menciona que hay hemostasia, o sea, quiere decir que se revisó todo, se controló todos los posibles focos de sangrado y posterior a una limpieza y una revisión de la cavidad se deja un dren de Penrose, que es un dren como testigo que dejamos a nivel del sitio disección de la vesícula biliar, que nos va a informar si hay drenaje de bilis, si hay sangrado o si simplemente no hay ningún tipo de drenaje a nivel de la zona de disección de la zona quirúrgica y se cierra la cavidad con suturas, se cubre con apósito de la guía quirúrgica y se termina la cirugía. **PREGUNTADO:** Bien doctor, durante esa cirugía que la cambian de la de laparoscópica, a la técnica abierta, si señor hubo alguna, hubo alguna afectación de la cística. **CONTESTO:** No, acá yo le digamos que todas esas estructuras a nivel del triángulo de Calot que debemos identificar claramente para poder disecarlas y cortarlas, no se pudieron identificar porque la zona estaba muy inflamada, o sea, quiere decir que eso venía de un proceso inflamatorio repetitivo desde antes, eso no fue una cosa que sucediera en ese momento, sino que probablemente el paciente ya había venido presentando cuadros de dolor previamente que causaron que hubiera una inflamación a nivel de esa zona. Al no poder identificar adecuadamente todas esas estructuras en esa zona, nosotros no tocamos absolutamente nada, lo que se hace es tratar de sacar la mayor cantidad de la vesícula biliar y dejar un pedazo muy pequeño, limpio, sin cálculo, sin ningún tipo de estructura a nivel de esa zona, se caracteriza esa mucosa. (...) **PREGUNTADO:** Sí doctor, pero sabe usted de manera específica, si ese dren se quitó ese dren de Penrose, se quitó posteriormente. **CONTESTÓ:** No, no sé señor juez, si en alguna parte la historia clínica en algún momento se retiró. Tengo entendido que el dren se dejó porque era el que nos estaba permitiendo determinar si había un sangrado, una secreción posteriormente, como el paciente presentó un sangrado, sin embargo, el dren no drenó, no hubo ningún tipo de salida por ese dren, pero sí hubo unos cambios a nivel del estado clínico del paciente que permitieron inferir que estaba pasando algo en el lecho quirúrgico y que tocaba llevarlo a una revisión. (...) Por la historia clínica vi que al día siguiente el paciente estaba con una evolución desfavorable. No era una evolución que se esperaba. Sin embargo, no presentó ningún tipo de drenaje a nivel del dren de Penrose, pero por su estado clínico y por el tipo de cirugía que había sido llevado el día anterior, se decidió llevar a una revisión al día siguiente. (...) En esa cirugía solamente estuvo la doctora Díaz».

Indicó el médico especialista en mención, que en medio de la colecistectomía se decidió cambiar el procedimiento de laparoscopia a un procedimiento abierto, dado que había un proceso severo inflamatorio a nivel del triángulo de Calot, y la disección con los implementos que se utilizan en laparoscopia sería muy complicada. Llama la atención de la Sala que las estructuras que conforman el triángulo de Calot en el paciente no se pudieron identificar, debido a la inflamación severa que tenían, y que ello al decir del médico tratante proviene de un proceso inflamatorio repetitivo desde antes, esto es, que no era algo del momento y que probablemente el paciente ya había venido presentando cuadros de dolor previamente que causaron que hubiera una inflamación a nivel de esa zona, lo cual es consistente con los 9 días de dolor que indicó el demandante a su ingreso al hospital de primer nivel.

Se describe en la historia clínica sobre la colecistectomía practicada al paciente:

«F. DESCRIPCION DE LOS HALLAZGOS OPERATORIOS, PROCEDIMEINTOS Y COMPLICACIONES

HALLAZGOS: PLASTRON APENDICULAR. COLELITIASIS COLECISTITIS. SINDROME DE MIRIZZI TIPO I. SEVERO PROCESO INFLAMATORIO (sic) EN TRIANGULO DE CALOT. PROCEDIMIENTO: PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO ANESTESIA GENERAL COLOCACION DE CAMPOS QUIRURGICOS SE REALIZA INCISION UMBILICAL MEDIANTE TECNICA ABIERTA SE INTRODUCE TROCAR DE 10MM SIN PUNZON, SE INSUFLA CO2, BAJO VISION DIRECTA SE COLOCAN TROCAR DE 10 MM EN EPIGASTRIO Y DE 5 MM EN HIPOCONDRIO Y FLANCO DERECHO. IDENTIFICACION DE HALLAZGOS, SE DECIDE CONVERSION A ABIERTA. SE PINZA VESICULA POR FONDO SE REALIZA DISECCION FUNDOCISTICA, CORTE E NIVEL DE BOLSA DE HARTMANN, EXTRACCION DE CALCULO Y CATERIZACION DE MUCOSA. CIERRE DE VESICULA CON VICRYL 3-0 SUTURA TIPO PARKER. HEMOTASIA. LIMPIEZA Y REVISION DE CAVIDAD. SE DEJA DRE DE PENNROSE POR CONTRABERTURA SE FIJA CON SEDA 2-0. CIERRE POR PLANOS APONEUROSIS CON PDS 2-0. PIEL CON PROLENE 3-0 INTRADERMICA. COLOCACION DE APOSITO. NO COMPLICACIONES. RECUENTO DE COMPRESAS REALIZADO E INFORMADO COMPLETO POR ADRIANA Y FELIPE»

Dadas las regulares condiciones que presentaba el señor Ramón Ulises Cardona luego de la intervención quirúrgica, pues se encontraba hipotenso, taquicárdico e inestable hemodinámicamente, se decidió por parte de cirugía general programarlo para revisión quirúrgica mediante laparotomía exploratoria. Además, se dejó registrado que el paciente fue transfundido sin reacciones adversas.

La laparotomía exploratoria más drenaje de hemoperitoneo de 1000 CC aproximadamente, practicada el 17 de abril de 2016 a las 13:19 arrojó los siguientes hallazgos:

«F. DESCRIPCION DE LOS HALLAZGOS OPERATORIOS, PROCEDIMEINTOS Y COMPLICACIONES

HALLAZGOS: HEMOPERITONEO³³ DE APROXIMADAMENTE 1000 CC. SANGRADO ACTIVO DE VASO DE PARED DE BOLSA DE HARTMAN. PROCEDIMIENTO: PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO ANESTESIA GENERAL COLOCACION DE CAMPOS QUIRURGICO APERTURA DE INCISION PERVIA REVISION E IDENTIFICACION DE HALLAZGOS, DRENAJE DE HEMOPERITONEO. SE REALIZA LIGADURA DE VASO SANGRANTE CON PDS 2-0, LAVADO DE CAVIDAD CON 2000 CC DE SSN TIBIA. SE DEJA SURGISEL NU KNIT EN EL LECHO VESICULAR SE REACOMODA DREN DE PENNROSE EN LCEHO DE COLECISTORRAFIA. CIERRE POR PLANOS APONEUROSIS CON PDS 2-0, PIEL CON PROLENE 3-0 INTRADERMICA. COLOCACION DE APOSITO. NO COMPLICACIONES. RECUENTO DE COMPRESAS REALIZADO E INFORMDO (sic) COMPLETO POR ADRIANA Y MIGUEL».

³³ Acumulación de sangre en la cavidad peritoneal.

Se lee en la historia clínica que ese mismo día el paciente ingresa a la unidad de cuidados intensivos, en donde se reanima con cristaloides, se realiza transfusión de hemoderivados, y logra tolerar adecuadamente la extubación, con diagnóstico choque hipovolémico.

Durante los días siguientes se refirió mejoría, evolución clínica estacionaria, estabilidad cardiopulmonar, sin necesidad de soportes, no obstante, continuó en UCI con terapia respiratoria.

Luego, se registra ictericia y síndrome anémico, por lo que se transfunde nuevamente, se practica ecografía abdominal y se decidió trasladar al área de hospitalización para continuar manejo por cirugía general.

El 22 de abril de 2016 ingresó al área de hospitalización, donde es valorado por neumología, y se practican diferentes exámenes como la tomografía axial computarizada de abdomen y pelvis contrastado, en la que se indicó:

«OPINIÓN:
DERRAME PLEURAL DE CARACTERISTICAS LIBRES COMO SE HA DESCRITO.
COLECCIÓN SUBHEPATICA COMO SE HA DEFINIDO.
ESTADO POST-COLECISTECTOMIA.
COLECCIÓN EN LECHO VESICULAR.
LIQUIDO LIBRE EN LA PELVIS.
HERIDA QUIRURGICA EN HIPOCONDRIO DERECHO.
SIGNOS DE ENTERITIS COMO SE HA DESCRITO
ENGROSAMIENTO DE LAS PAREDES ESTOMACALES».

El doctor Víctor Hugo Mendoza Brochero valoró al paciente, frente a lo cual declaró lo siguiente:

«La atención inicial que tengo con este paciente es cuando el paciente se encuentra ya en un postoperatorio de unas CPRES la primera fue fallida, la segunda fue satisfactoria. Posteriormente presenta un postoperatorio de una colecistectomía laparoscópica que se convirtió abierta por sus complicaciones iniciales, por sus hallazgos, también estaba en un postoperatorio de una reintervención por una, un hemoperitoneo por un sangrado. Había pasado ya planeado de cuidados intensivos, y las valoraciones que yo tengo posteriores con él son durante el mes de abril y otras valoraciones durante el mes de mayo. (...) Bueno, el primer contacto con el paciente ocurre más o menos por ahí, como el 23 de abril del 2016, ya el paciente se encuentra en observación en piso y está. En ese momento el paciente lo observo que persiste con el tinte icterico, color amarillo en los ojos. Sí, y eso me llama mucho la atención en su postoperatorio, a pesar de que el paciente venía evolucionando bien en ese momento para ese día, para el 23 de abril ya, y lo que decido es estudiar por qué todavía persiste con el color amarillo en los ojos. Si ya tuvo una CPRE, decido realizarle una colangioresonancia al paciente para el estudio de la vía

biliar. **PREGUNTADO:** En qué consiste ese tipo de examen, **CONTESTÓ:** Bueno, en este examen van a introducir al paciente en un resonador, sí, y nos van a dar una imagen muy específica de toda la región del hígado y de la vía biliar principalmente, entonces nos va a decir, si hay cálculos dentro de la vía biliar, cómo está ubicado el stent dentro de la vía biliar, si hay fuga de bilis a través del remanente de vesícula que persistió después de la cirugía, si hay lesión de la vía biliar, fuga de la bilis. Así también me va a decir también si encuentro colecciones o líquidos alrededor del hígado o en el sitio donde fue resecada la vesícula (...) ese examen se obtiene dentro de unos un par de días aproximadamente, y la resonancia pues no mostraba que hubiese colecciones alrededor de la vesícula ni colecciones tampoco en el sitio donde se resecó la vesícula, así como tampoco mostraba fugas de la bilis ni lesiones de la vía biliar.(...) también estuve en contacto con el paciente el día siguiente, ya nos llama la atención, es que al examen físico encontramos que **el paciente ya presenta una salida del líquido hematopurulento por la por la herida quirúrgica**, ya es un líquido que nos huele a feo, ya empezamos a sospechar que hay una infección del sitio operatorio, se revisa el paciente, al examen físico encontramos un abdomen que está blando depresible, que no hay defensa muscular, que no hay irritación peritoneal, por lo tanto, solo sospecho de que tenga una infección del sitio operatorio superficial. Este también observamos para esa fecha que el paciente nos está mostrando, nos marca saturaciones de oxígeno un poco bajas, lo notamos hipoxémico, lo notamos con una dificultad respiratoria, para ese entonces le ordenó al paciente radiografías de torax y hago que nos lo haga ver neumología, a ver si el paciente está presentando algún problema en los pulmones. **La radiografía nos reveló que tenía un derrame pleural de ambos lados y con neumología consideró que no había, que no requería ningún procedimiento**, que no había patologías intrapulmonares y solicita que debemos hacer control radiológico del tórax, tenerlo en cuenta y bueno con las siguientes evoluciones, vemos que la herida sí se infecta y solicito entonces que tengamos un retiro de los puntos para realizar curaciones de la herida. Hasta ese momento yo veo a un paciente que evoluciona con tendencia a la mejoría, pero que sí nos está presentando una infección del sitio operatorio, para lo cual ordena el retiro de los puntos y curaciones diarias por parte del personal de enfermería. **PREGUNTADO:** (...) Usted recuerda cuáles eran los niveles de hemoglobina, si estaba presentando algún tipo de reducción o disminución de los niveles de hemoglobina o de los glóbulos rojos o los hematocritos. **CONTESTÓ:** Por el antecedente de él veníamos con un seguimiento de hemoglobina hematocrito muy estricto con el paciente para esos días, el mes de abril teníamos hemoglobina en valores de 8.9, entonces era una hemoglobina que se encontraba muy estable con referencia a los valores previos después de la última transfusión, entonces no había para ese momento no había un descenso de hemoglobina muy significativo que uno dijera, el paciente está sangrando (...) **PREGUNTADO:** Continúe con su relato. **CONTESTÓ:** Bueno, este paciente continúa con las curaciones diarias de la herida quirúrgica, uno siempre tiene que estar sospechando cuando ha tenido esos pacientes con plastones vesiculares que el paciente, pues sospechar que haga unas colecciones profundas, es decir, colecciones dentro del abdomen o infecciones superficiales, infecciones en la piel. Hasta ahora teníamos confirmado una infección de sitio operatorio en la piel, por lo visto fue manejada por enfermería, evoluciona favorablemente. Vuelvo a tener contacto con el paciente para la segunda quincena del mes de mayo, por ahí alrededor del 16 de mayo, en donde todavía encontramos un paciente con una evolución lenta, al que se le han realizado múltiples exámenes, se han tenido controles de hemoglobina, hematocrito, en los cuales siempre se mantuvieron en valores estables, (...) Para el 16 de mayo ya el paciente lo que nos comenta es que se encuentra bien, refiere él, que siente es dificultad para respirar cuando ya ha caminado o deambulado demasiado cuando camina, que siente que se está ahogando. Se le piden para esa fecha electrolitos los cuales se encuentran normales también para el día siguiente del 17 de mayo otra vez vuelvo y valor

al paciente, el paciente me comenta que ya para el día 17 ya se siente un poquito distendido, manifiesta dolor en el abdomen bajo y pues al examen físico se encuentra solamente la distensión abdominal, el paciente no refiere que le duela mucho, que cuando uno lo está palpando, no hay signos de irritación peritoneal, pero más sin embargo hago la sospecha de que el paciente puede estar cruzándonos ahora con un íleo, parálisis del Intestino delgado, ya, que puede deberse a su cirugía, al proceso de alguna colección o acceso que tenga dentro del abdomen, puede deberse a la acumulación de líquidos pos quirúrgicos o pues también podría deberse a bridas o adherencias que esté presentando una solución intestinal. Para el 17 le suspendo la vía oral, le solicito que le sea colocado una sonda nasogástrica para descomprimirlo, pido electrolitos y hago que el paciente pues continúe con la deambulaci3n, continúe caminando y que nos colabore en ese sentir, ya que como que al parecer no lo venía haciendo. El día 18 vuelvo y veo el paciente. Ya me han referido que el paciente en el transcurso del día 17 lo que ya presentó fue unos vómitos, pero aún así el abdomen no está doloroso a la palpaci3n, no se le palpa masas, queda distendido, ya se solicita la ecografía de abdomen, solicitamos radiografías de abdomen y seguimos con la suspensi3n de la vía oral, ya en el plan de que podemos estar pensando que el paciente tiene una complicaci3n por íleo, simplemente como le dije, parálisis del Intestino delgado por los por las causas que ya les comenté, **encontramos que la ecografía pues muestra nos mostró que había un escaso, muy escaso líquido feriepático alrededor del hígado, mas no mostraba líquido en el sitio de la recepci3n de la vesícula y no mostraba otro líquido a nivel de la pelvis.** Como les dije anteriormente, no nos puede decir que eso es sangre, eso es el líquido normal del abdomen, eso es una acumulaci3n de líquidos con sangre, o es una colecci3n purulenta, las imágenes no nos pueden confirmar eso, simplemente nos dicen, hay un líquido por aquí y un poquito líquido alrededor del hígado. **Se le tomó la radiografía de abdomen, en donde vemos que el intestino sí nos da unos signos de parálisis, de que se encuentra quieto, de que se encuentra obstruido** y pues en ese momento al paciente yo digo, bueno, tiene un íleo, puede ser por una colecci3n purulenta, puede ser por una colecci3n de líquidos, necesito saber qué es este líquido, se le solicita que le hagan una paracentesis, una puncci3n con una aguja directamente al líquido para sacar su nueva muestra y averiguar de qué contenido estamos tratando, para ese momento, 18 de mayo, tenemos hemoglobinas de ese paciente en 9.5, es decir, todavía se mantienen estables. No ha habido caída desde sus últimas transfusiones. Es un paciente, como repito, con un abdomen depresible blando, no doloroso, no hay signos que te indiquen irritaci3n peritoneal más, sin embargo, tenemos esta distensi3n abdominal que nos sigue generando dudas de la causa del íleo. ¿El paciente caminó o no caminó?, ¿Son los electrolitos que se confirmaron que estaban normales? ¿Por qué el paciente nos está presentando este íleo?, ¿Es alguna colecci3n? Encontramos la colecci3n pélvica en la ecografía la mandamos a drenar y esta nos dice que es un contenido serohemático que solo son 150 CC y que los mandan a estudio. Entonces no era una colecci3n demasiado grande que tuviéramos en el abdomen. **PREGUNTADO:** Doctor, cuál fue el resultado de la paracentesis. **CONTESTÓ:** El resultado de la paracentesis es que nos muestran 150 CC de un líquido hemático como si fuera un coágulo, como si fuera sangre, solo nos muestran 150 (...) entonces esta colecci3n ya estaba aquí, esta colecci3n es residual, ya se mandó a cultivo para ver si estaba sobre infectada y de este cultivo no tengo, no, no he visto el reporte. Pero hasta ese momento dijimos dejémosle el catéter puesto en esa colecci3n, a ver si ese catéter nos continúa drenando y que nos diga a nosotros si hay un sangrado activo o no (...) **PREGUNTADO:** Hay una referencia a su intervenci3n del día 20 de mayo de 2016 a las 8:36 horas donde usted aparece, por favor explique esa actuaci3n suya que se describe en esta página de la historia clínica. **CONTESTÓ:** Bueno, refiero los antecedentes por los que pasó el paciente con las complicaciones que tuve de sangrado del muñ3n del cístico, drenaje en dos ocasiones de material purulento, paciente que no había evolucionado favorablemente, presenta deterioro de su estado general y colecciones pélvicas

que han sido drenadas el día de ayer y se observa que tienen hemoperitoneo escaso. No se descarta que continúe con el sangrado, sí, entonces por la calidad del drenaje, que me dice que puede ser sangre, que es sangre. Yo digo, este paciente puede seguir sangrando. Hasta ese momento yo tengo paciente con hemoglobinas de 990, lo que me dice a mí no tengo un sangrado activo, no tengo necesidad de intervenirlo, tengo que ver de dónde viene este sangrado, si realmente lo está haciendo. Solicito un estudio que se llama gammagrafía con glóbulos rojos, en dónde le van a colocar al paciente unos glóbulos rojos marcados y nos van a decir si realmente hay un sangrado en alguna parte del del abdomen y si era positivo proceder a una embolización selectiva, otro procedimiento que se le hace para ir directamente a la arteria por vía vascular por entrando por la pierna para que pudieran coagular alguna arteria que estuviera sangrando dentro del abdomen. Entonces, hasta ese momento, como lo escribo en la historia clínica, se ve que el paciente no me está mejorando, me está haciendo un íleo, me está haciendo deterioro del estado general, sí, las colecciones pélvicas pues me dicen que tiene un hemoperitoneo, pero no tengo valores significativos de decencia de hemoglobina, así que se le pide la gammagrafía con glóbulos rojos. Hasta ahí creo que es mi última intervención.

PREGUNTADO: Bien doctor, acá en esa descripción se habla de sangrado de muñón cístico, por favor, explíqueme al despacho. Qué significan esas expresiones. **CONTESTÓ:** Este es el antecedente del paciente. Ese fue una de las complicaciones que tuvo el paciente a él se le realiza una colecistectomía subtotal, es decir, la vesícula no se saca del todo porque tiene muchas adherencias, porque está pegada. Hay mayor riesgo de dañar la vía biliar, de continuar con la cirugía, así que la vesícula se corta por, digamos así, dejando 1/3 de la vesícula. Eso se le llama muñón del cístico, y cuando lo reintervienen por hemoperitoneo, notan que hay un sangrado de las paredes del muñón del cístico, refiere al sangrado del cístico, el antecedente (...) En este caso sería como un resumen en donde estuve valorando el paciente en el piso, **se notó una evolución muy tórpida por parte del paciente o no digamos tórpida, es una evolución muy lenta en donde tuvo ciertas complicaciones. Inicialmente, por mi lado, detectamos una infección de sitio operatorio, tuvimos derrames plurales con esos derrames plurales, pues nos llevan a sospechar como posteriormente se diagnosticó una hipoalbuminemia, desnutrición del paciente, que eso no es muy bueno con la evolución de un paciente post quirúrgico, un paciente en malas condiciones nutricionales.** **PREGUNTADO:** Recuerda usted si se haya ordenado una valoración por nutricionista y si se haya dado algún tipo indicación. **CONTESTÓ:** En la historia clínica de parte mía, no, yo no la solicité, ya el paciente durante el mes de mayo si ya tuvo las valoraciones por nutrición, sí, pero sí fue valorado por nutrición. Se le pidió y le estuvo viendo y le estuvo alimentando bien. (...)».

De igual forma, se observa en la historia clínica que al paciente se le practicó hemocultivo aeróbico con resinas cuyos resultados fueron negativos y una colangiografía por resonancia nuclear magnética, con resultados obtenidos el 28 de abril así:

«OPINION:

COLECISTECTOMIA PARCIAL CON CAMBIOS POST-QUIRURGICOS DEL
LECHO VESICULAR

VIA BILIAR INTRA Y EXTRAHEPATICA NO DILATADA.

STET DE DERIVACION DE LA VIA BILIAR del HEPATICO AL DUODENO.

NO HY COLECCIONES INTRAHEPATICAS NI SUBCAPSULARES

DERRAME PLEURAL BILATERAL CON CONSOLIDACION Y/O
ATELECTASIA BIBASAL.

MINIMO DERRAME PERICARDICO.

QUISTES SIMPLES RENALES IZQUIERDOS.

RETROPERITONEO LIBRE».

Se observa la práctica de terapias respiratorias integrales, drenaje de colección abdominal guiado por TAC, uroanálisis, coloración de Gram, cultivo para microorganismos, fosfatasa alcalina, bilirrubinas, transaminasa glutámico oxalacética TGO AST, proteína c reactiva alta precisión automatizado, entre otros.

Se indica que para el 3 de mayo de 2016 el paciente se encontraba en aceptable estado general, así:

«PACIENTE CON DIAGNOSTICOS DESCRITOS, EN ACEPTABLE ESTADO GENERAL, CON EVOLUCION (sic) CLINICA ESTACIONARIA, CON REPORTE DE PARACLINICOS CON HEMOGRAMA CON LEVE DISMINUCION DE LEUCOCITOSIS, ANEMIA DE VOLUMENES NORMALES, PLT CON DISMINUCION DE TROMBOCITOSIS, ELECTROLITOS DENTRO DE LIMITES DE NORMALIDAD, TIEMPOS DE COAGULACION NORMAL, CON REPORTE DE CULTIVO DE SECRECION OBTENIDA POR DRENAJE POSITIVO PARA E. COLI BLESS +, INHIBIDOR RESISTENTE, PACIENTE CON EVOLUCION TORPIDA, EN MANEJO CON PIPERACILINA + TAZOBACTAM, POR LO CUAL SE COMENTA CON DRA ORDOÑEZ INFECTOLOGA QUIEN INDICA CAMBIAR MANEJO POR CEFUROXIMA, PACIENTE A QUIE SE LE REALIZO TORACENTESIS, PENDEINTE NOTA POR PARTE DE RADIOLOGIA, POR EL MOMENTO SE INDICA CONTINUAR IGUAL MANEJO MEDICO, TERAPIA RESPIRATORIA, CONTROL DE SIGNOS VITALES (...)»

Y al día siguiente se indica como plan:

«SE INICIA CEFTRIAXONA HASTA AUTORIZACION DE CEFUROXIME SS PARACLINICOS DE CONTROL* RETIRAR SONDA VESICAL* SUSPENDER LEV* DEAMBULACION* PENDEINTE INFORME DE TORACENTESIS REALIZADA AYER* CONTINUAR IGUAL MANEJO MEDICO (...)».*

El paciente fue transfundido nuevamente el 5 de mayo, se continuó con terapia respiratoria e interconsulta con infectología en la que se anotó:

*«**SUBJETIVO** PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE COLANGITIS, CON AISLAMIENTO DE ESCHERICHIA COLI IRT EN DRENAJE SUBHEPÁTICO. NOS SOLICITAN VALORACIÓN PARA AVAL DE TERAPIA ANTIBIÓTICA CON CEFUROXIMA AXETIL. EL PACIENTE HA PRESENTADO EVOLUCIÓN TÓRPIDA CON PIPERACILINA TAZOBACTAM.*

OBJETIVO

*PACIENTE ALERTA, ORIENTADO, HIDRATADO
SV FC 92/MIN FR 18/MIN TA 100/60
C/C MUCOSAS HÚMEDAS
C/P RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, RUIDOS RESPIRATORIOS SIN AGREGADOS
ABDOMEN DOLOROSO EN HEMIABDOMEN SUPERIOR
EXTREMIDADES SIN EDEMA*

RESPUESTA

PACIENTE CON COLANGITIS POR E. COLI CON PERFIL IRT, SE INDICA TERAPIA CON CEFUROXIME AXETIL 750 MG IV CADA 8 HORAS + METRONIDAZOL 500 MG IV CADA 8 HORAS POR 14 DÍAS. NO REQUIERE AISLAMIENTO DE CONTACTO. SUSPENDER PIPERACILINA TAZOBACTAM.»

Posteriormente, el señor Ramón Ulises se mantuvo estable hasta el 11 de mayo de 2016, cuando se registra en la historia clínica que «CURSA CON SIGNOS DE SIRS DADOS POR TAQUICARDIA Y FIEBRE ASOCIADO A SIGNOS LEVES DE DIFICULTAD RESPIRATORIA CON REQUERIMIENTO DE O₂ A BAJO FLUJO. DESDE EL DÍA DE AYER REFIERE TOS Y ESPECTORACION», por lo que, al ser valorado por medicina interna y cirugía general, se le ordenan y practican exámenes como hemograma, hemocultivos y tomografía axial computarizada de tórax contrastado de alta resolución, de la que se destaca:

«OPINIÓN:

1. ANGIOTAC PULMONAR QUE NO MUESTRA DEFECTOS DE LLENADO QUE SUGIERAN TROMBOEMBOLISMO PULMONAR.

2. NO HAY SIGNOS DE INFARTO PULMONAR.

3. DERRAME PLEURAL CON PERDIDA DE VOLUMEN PULMONAR.»

(Negrillas y subrayas fuera de texto).

Así mismo, se refirió una muy pobre aceptación de la vía oral, con hipoalbuminemia, cuadro de deposiciones líquidas, por lo que se decide iniciar soporte nutricional especializado.

Más adelante se reporta dificultad respiratoria, signos de SIRS³⁴ y que el resultado de la ecografía abdominal evidencia «COLECCIÓN A NIVEL DEL ÍLEO HEPÁTICO Y SIGNOS DE INFECCIÓN URINARIA», en consecuencia, se practican nuevos exámenes, así:

«-SS DRENAJE DE COLECCIÓN. GASES ARTERIALES, IVU Y UROCULTIVO, RX TORAX. -P/REPORTE ANGIOTAC, TAC ABDOMINAL CONTRASTADO»

Aunque se disminuyó el cuadro de emesis y deposiciones líquidas, se anota para el día 13 de mayo de 2016 que el paciente persiste con enema generalizado, hipoalbuminemia, con compromiso nutricional y pérdida de peso importante.

³⁴ Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica.

En los siguientes días el señor Ramón Ulises continuó con manejo antibiótico, terapias respiratorias y para el 15 de mayo se suspendió nutrición parenteral periférica por indicación médica, dada la buena tolerancia a la vía oral.

Al día siguiente se practica «DRENAJE DE COLECCION PERIHEPATICA» con mejoría clínica posterior a la misma, **con reporte de urocultivo negativo**, y se indica «EVOLUCION CLINICA LENTA HACIA LA MEJORIA», sin embargo, el 17 de mayo el paciente refiere distensión abdominal y dolor, por lo que se indica «BUSCAPINA Y PASO DE SONDA NASOGASTRICA, DIETA SIN BEBIDAS GASEOSAS, NI LECHE, EN RONDA CON EL DR MENDOZA SE INDICA CONTINUAR IGUAL MANEJO MEDICO, DEAMBULACION, SE SOLICITAN ELECTROLITOS DE CONTROL, CONTROL DE SIGNOS VITALES».

Luego, se practica ultrasonografía de abdomen total, que arroja:

«Hígado de forma, contornos, tamaño, localización y orientación normales, sin evidencia de lesiones focales o difusas en su parénquima.

Vesícula biliar ausente por antecedente quirúrgico conocido.

La vía biliar intra y extrahepática es de calibre normal.

Escasa cantidad de líquido subhepático en el lado derecho.

Páncreas y grandes vasos retroperitoneales no visualizados por interposición de gas.

Bazo de aspecto habitual.

Ambos riñones se encuentran presentes en localización habitual, no hay evidencia de colecciones peri o pararenales ni dilatación del sistema pielocalicial.

Gran distensión de asas intestinales delgadas y gruesas con abundante líquido en su interior, probable íleo.

Líquido libre en la pelvis con nivel líquido – líquido por la presencia de material denso líquido. No puedo descartar sangre pélvica.»

(...)

OPINIÓN:

ESTADO POST COLECISTECTOMÍA.

ESCASA CANTIDAD DE LÍQUIDO SUBHEPÁTICO EN EL LADO DERECHO.

HALLAZGOS EN RELACIÓN CON LÍQUIDO LIBRE EN LA PELVIS Y NIVEL LÍQUIDO – LÍQUIDO, PROBABLE PRESENCIA DE MATERIAL HEMÁTICO

PÉLVICO, NO DESCARTO COÁGULO A ESTE NIVEL.

SIGNOS DE ÍLEO DE ORIGEN A ESTABLECER.

(Negritas fuera de texto).

El día 18 de mayo de 2016 se anotó en la historia clínica: «Paciente con alta probabilidad (sic) de obstrucción (sic); última deposición (sic) el 17/5/16 el día (sic) de hoy con ausencia de flatos y RX descrita por este amerita concepto de cirujano de turno dado también (sic) el Dx diferencial por el líquido (sic) de bilioperitoneo (sic)»

y como PLAN se señaló: «1- Valoracion (sic) por cx de turno 2- Paso de SNG³⁵ (se socializa indicacion (sic) con el paciente quien manifiesta que previamente no se la había (sic) dejado pasar por que había (sic) mejorado; pero que si se considera pertinente colaborara con el procedimiento)». (Negritas y subrayas fuera de texto).

Al día siguiente se efectúa drenaje percutáneo de colección pélvica guiado por ecografía, en el que se obtienen 150CC de material sanguinolento de los cuales 60CC son enviados para su procesamiento histopatológico.

El 20 de mayo de 2016 se registra a las 08:36 que el paciente ha sido drenado en dos ocasiones de material purulento, que presentó deterioro de su estado general, anemia, colecciones pélvicas que fueron drenadas el día anterior y se observó hemoperitoneo escaso, no se descartó que continuara sangrando por lo cual se requirió de gammagrafía con glóbulos rojos y en caso positivo embolización selectiva.

A las 10:10 del mismo día se indicó:

«**OBJETIVO**

DR LEMA CX DE RODAN (sic) INFORMA AL PACIENTE (sic) QUE (sic) REQUIERE (sic) MANEJO QCO POR SANGRADO INTRABDOMINAL AEL (sic) **PACIENTE (sic) SE TORNA MUY TAQUICARDICO Y (sic) DESATURADO** PA 127 / 74 P 145 OXIMETRA (sic) DE 45 5 CION OXIGENO POR CANULA 3 LITROS SE PASA A VENTURI AL 50 % Y **PERESISITE DESATURADO Y TAQUICARDICO** SE ORDENA (sic) B MASCARA DE NO REINHLAALACION EKG URGENTE, TRANSFUSION DE 3 UNIDADES DE C GLOBULAR PACIENTE ALERTA AFEBRIL HIDRATADO SIN SDR SIN SOPORTE DE OXIGENO SUPLEMENTARIO PA 140 / 100 P 93 OXIMETRI ADE 93 % CON OXIGENO A 2 LITROS POR CANULA PULMONES LIMPIOS SIN CREPITOS NI OTROS RUIDOS PATOLOGICOS MURMULLO VESICULAR DISMINUIDO EN BASES DE AMBOS CAMPOS PULMONARES CORAZON RITMICO SIN SOPLOS ABDOMEN BLANDO NO DOLOROSO SIN MASAS NI MEGALIAS HDA DE KCHER ABIERTA CON CURACION CERRADA TEJIDO GRANULACION ADECUADO EXT BIEN»

Y finalmente a las 11:02 se indican las condiciones en que fallece el señor Ramón Ulises Cardona:

«**PACIENTE DE 49 AÑOS, QUE PRESENTA (sic) DESATURACION MARCADA PRESENTA PARO CARDIO RESPIRATORIO PRESENCICADO** SE INICIA REANIMACION CARDIOPULMONAR CON MASAJE CARDIACO Y VENTILACION CON AMBU Y DDSE APLICA FENTANILO 50 MCGS , Y

³⁵ Sonda nasogástrica.

MIDAZOLAM 5 MILIGRAMOS LUEGO CON TUBO OROTRAQUEAL SE APLICA ADREANLEINA CADA 3 MINUTOS POR 5 DOSIS Y SE INICIA INFUSION DE DOPAMINA 1 AMP REANIMACION DURANTE 20 MINUTOS CON AYUDA DE DR ROMERO INTENSIVISTA DE TURNO QUIEN ORDENBA (sic) SUSPNEDR (sic) LA REANIMACION DESPUES DE 20 MINUTOS **SE DECLARA MUERTE A LAS 10 45 HORAS** SANGRADO PERITONMEAL (sic) EMBOLISMO PULMONAR MASIVO ??? INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO? PAROCARDIORRESPIRATORIO»

Por su parte el médico Guarnizo Capera al ser interrogado por el tipo de patología o de afectación que cursaba el paciente para el 12 de mayo de 2016 cuando ya estaban resueltos los problemas por los cuales inicialmente consultó, respondió:

«Pues señor juez, allí es donde esta como toda la parte difícil, pues porque yo no me puedo comprometer con algo en especial porque desafortunadamente la evolución del paciente no fue la mejor, pero o sea, fue un paciente que se llevó a una CPRE inicial donde no se pudo canular, se esperó el tiempo reglamentario para esperar que esa papila que se había ematizado por la primera CPRE, o sea, se había hinchado, (...) se pudo llevar una segunda CPRE, se resolvieron los cálculos que tenía en la vía biliar, se le propuso su manejo quirúrgico para sacar esa vesícula que estaba llena de cálculos y que no fuera a causar un problema un poco más delicado en un futuro, se llevó a la cirugía de la colecistectomía, pero se encontró que tenía una inflamación severa de las estructuras a nivel del hilo hepático, entonces se le realizó una colecistectomía subtotal, se hizo de la forma que se considera reglada, pero desafortunadamente el paciente presenta un sangrado posterior al procedimiento quirúrgico, se lleva un nuevo procedimiento quirúrgico, se drena ese ese sangrado que tenía ahí en la cavidad abdominal se revisa el lecho quirúrgico a ver qué fue lo que ocasionó ese sangrado, se documentó que había un vasito que estaba sangrando, se resolvió el problema, se trasladó a la UCI para monitorizarlo de una forma más adecuada y más expedita, con todos los especialistas y los implementos necesarios para que la recuperación posterior a la cirugía fuera adecuada. Tuvo una recuperación, digamos que momentánea, favorable, pero después volvió a presentar deterioro de su estado clínico, se documentaron unas colecciones a nivel hepático, se realizó el drenaje, de ese drenaje, se realizó el drenaje de esas colecciones a nivel del lecho de inserción. Después se documentaron que tenía líquido a nivel de la cavidad pleural se drenó eso, se documentaron con los cultivos, la presencia de ciertas bacterias propias de esas patologías a nivel de la vía biliar, se hicieron los cambios de antibióticos respectivos con los resultados de los cultivos que se obtuvieron de las secreciones que se le que se le extrajeron en los momentos de los drenajes al paciente, se interconsultaron a las especialidades correspondientes de acuerdo a los síntomas que venía presentando el paciente, si había un deterioro en la oxigenación, pues se interconsultó al neumólogo, si había sospecha de que el corazón no estaba funcionando bien, se interconsultó al cardiólogo, se miró la parte por Medicina Interna que maneja mucho mejor la parte cardiopulmonar que los cirujanos, se siguió manejando la parte quirúrgica de acuerdo a los conceptos que uno consideraba que eran los apropiados para lo que venía presentando el paciente, se realizaron los procedimientos de intervenciones que ameritó, se interconsultó a la infectóloga para que ella direccionara el manejo antibiótico de acuerdo a todos los estudios que había que había que se le habían realizado el paciente y de acuerdo a la experiencia y a la formación que ella tenía. Entonces yo no puedo decirle en este momento porque la verdad no sé qué pasó porque el paciente se le ofrecieron todas las alternativas y todas las los recursos que tenía el hospital para ir subsanando cada impase que se iba presentando durante su curso clínico. Obviamente, todo

esto fue desencadenado por un proceso biliar que fue el que dio origen a toda la atención. No, esto no apareció como de la nada, no, el paciente venía con una patología biliar que probablemente lo venía quejando de mucho tiempo y eso fue lo que lo que desencadenó toda la atención médica, pero él presentó muchas cosas que se trataron de subsanar con todos los recursos y todas las especialidades y todo lo que teníamos a la mano para que la evolución mejorara (...).».

Precisó el testigo que la prestación del servicio de salud se dio según los protocolos, conforme a la patología que presentaba el paciente, sin embargo, no evolucionó en forma adecuada y el final fue el fallecimiento.

Encuentra la Sala que, en efecto, el proceso del paciente se fue resolviendo en forma progresiva hasta tener solucionadas las afecciones por las cuales consultó; no obstante, luego de la colecistectomía practicada el 16 de abril de 2016, presentó varias complicaciones, tales como colecciones a nivel hepático y líquido a nivel de la cavidad pleural que los médicos en cada una de sus especialidades y con las ayudas diagnósticas necesarias trataron de solucionar, sin embargo, falleció el 20 de mayo de 2016.

De las pruebas obrantes en el proceso se logra determinar que en el tercer nivel de atención el paciente fue asistido por profesionales especializados, haciendo uso de las ayudas diagnósticas para determinar el origen de sus complicaciones y los síntomas que refería, así mismo, se le brindó el tratamiento, tal como consta en la historia clínica, todo sin adecuada respuesta en el organismo del paciente, motivo por el cual las afirmaciones de la parte demandante se quedan sin sustento al indicar que existieron fallas por parte del Hospital Universitario San Jorge de Pereira.

De otro lado, teniendo en cuenta la dinámica probatoria que se dio en el proceso, al existir declaraciones de profesionales de la salud que favorecieron a la parte demandada, era necesario para la parte actora refutarlas mediante otro medio que aportara bases técnicas y científicas, pues las simples argumentaciones no tienen la virtud de dejarlas sin fundamento. Desde luego que un criterio médico vertido en el proceso debe ser refutado con otro de iguales características sin que por esa sola circunstancia se establezca una restricción al principio de libertad probatoria.

Además, debe recordar la Sala que la demostración de la falla en la prestación del servicio médico asistencial corre por cuenta del demandante, a menos que dicha carga probatoria resulte extraordinariamente difícil o prácticamente imposible y se torne excesiva. No obstante, el criterio principal es que al demandante es a quien le

corresponde probar los tres elementos de la responsabilidad, esto es, el daño, la falla en el servicio y el nexo de causalidad. En este sentido, la teoría de la falla probada para atribuir responsabilidad por la actividad médica, se ha constituido en el título de imputación de responsabilidad por excelencia.

5.2.4. Infección o bacteria intrahospitalaria

Finalmente, respecto a la infección o bacteria intrahospitalaria que refiere la parte actora que adquirió el paciente en el Hospital Universitario San Jorge de Pereira, vale la pena precisar que el Consejo de Estado³⁶ ha indicado que la responsabilidad por infecciones intrahospitalarias es de carácter objetivo o responsabilidad sin culpa, cuando la atención médica es adecuada y acorde a la *lex artis*, pero se demuestra que el microorganismo que afectó la integridad corporal del paciente o terminó con su vida, fue adquirido al interior de la institución de salud demandada; y permite declarar la falla del servicio, en el evento de encontrarse probada.

Sin embargo, señala la Sala que, independientemente del régimen de falla del servicio o del régimen objetivo que en casos de adquisición de las afecciones nosocomiales y el posterior deceso del paciente, siempre habrá de probarse el nexo causal, aun con prueba indiciaria; y si se aplica el régimen objetivo, lo único que no resulta necesario que se pruebe es que la entidad demandada actuó de manera indebida o negligente, pero sí le corresponde a quien alega haber sufrido un perjuicio, acreditar que los agentes bacterianos fueron adquiridos en el centro hospitalario, y que la infección que afectó a la víctima fue la que generó el daño por el cual se reclama el resarcimiento, en este caso, la muerte del señor García, en consideración a que el título de imputación obliga establecer una relación directa y causal entre ambas, para efectos de que el daño se torne imputable, elemento *sine qua non* para estructurar la responsabilidad estatal.

En el presente asunto el material probatorio da cuenta de lo que se relaciona a continuación:

El doctor Víctor Hugo Mendoza Brochero declaró:

«PREGUNTADO: *Usted nos dice que el primer contacto con el paciente es de*

³⁶ Consejo de Estado Sección Tercera – Subsección C. C.P: Jaime Enrique Rodríguez Navas. Sentencia del 29 de abril de 2019, radicado: 76001-23-31-000-2003-03991-01(41830).

23 de abril de 2016 y usted puede ampliar cuál es el caso de la infección del ciclo operatorio superficial, (...) que nos amplíe por qué se da la infección, o por qué el paciente sufre esa infección en ese momento. **CONTESTÓ:** la colecistectomía es considerada una cirugía le decimos, se considera limpia contaminada, pero cuando tenemos un plastrón apendicular y sacamos una vesícula que está sobreinfectada, ya es una cirugía contaminada. Tiene un alto porcentaje de presentar una infección del sitio operatorio, las infecciones del sitio operatorio, puede ser, el paciente ya tiene alto riesgo de presentar un acceso dentro del abdomen, una infección entre los músculos o una infección solamente de piel y tejido celular subcutáneo. Para el 23 notamos signos de que el paciente podía tener infección superficial de la piel nada más, no había sospecha de que tuviéramos una infección intra abdominal. Se da uno cuenta porque hay coloración roja, hay calor y eritema o inflamación de la de la herida quirúrgica. **Ya cuando vemos salida del líquido purulento o la herida decimos listo, abrir los puntos, hacer la curación. Más eso no nos dice a nosotros que haya una infección profunda allá en el hígado o entre los músculos, que son las infecciones de órganos espacio, les llamamos nosotros, entonces las causas de la infección, ya el paciente tenía alto riesgo de que se infectara o de presentar infecciones desde el momento en que tenía inflamación, infección de la vesícula. PREGUNTADO: Doctor Mendoza, se finalmente se resolvió esa infección. CONTESTÓ: La superficial durante entre su evolución, sí, se logró tener una herida limpia. PREGUNTADO: Durante las atenciones que usted realizó al paciente, detectó alguna infección profunda e interna. CONTESTÓ: No, durante mis intervenciones no detecté.**

Más adelante, el declarante explica:

*«No había necesidad de reintervenir, el paciente es un paciente que para esas fechas el paciente mantiene niveles de hemoglobina muy estables, no da inestabilidad de hemodinámica, no da signos de que el paciente esté con un sangrado activo sufriendo de shock hipovolémico, **hay una infección del sitio operatorio superficial en donde se maneja solamente con abrir la herida y hacer curaciones, y por parte de enfermería curaciones que no necesitan de llevar a cirugía.**»*

Por otra parte, el médico Guarnizo Capera mencionó que el paciente después de sus procedimientos se encontraba hemodinámicamente estable, sin signos de dificultad respiratoria, pero que estaba requiriendo oxígeno porque se desaturaba y presentaba leucocitosis – aumento de glóbulos blancos en la sangre- y que si bien se podía sospechar un cuadro infeccioso, para ese momento el paciente ya estaba cubierto con antibióticos de amplio espectro que tienen una penetrancia muy buena a nivel de vía biliar. Adicionalmente indicó:

*«(...) toracentesis es el procedimiento con el que se buscaba sacar líquido libre de la cavidad pleural para que los pulmones se pudieran mover de una mejor forma y pues la oxigenación fuera mejor, que se realizó el 4 de mayo, **con un cultivo de ese líquido que se extrajo de las dos cavidades plurales Negativo, o sea, ese líquido de ahí no presentaba ningún tipo de infección**».*

En la historia clínica se avizora que para el 22 de abril de 2016 se practicó hemocultivo aeróbico con resinas cuyos resultados fueron negativos; y el 3 de mayo de 2016 se indica:

*«CON REPORTE DE **CULTIVO DE SECRECION OBTENIDA POR DRENAJE POSITIVO PARA E. COLI BLESS** +, INHIBIDOR RESISTENTE, PACIENTE CON EVOLUCION TORPIDA, EN MANEJO CON PIPERACILINA + TAZOBACTAM, POR LO CUAL SE COMENTA CON DRA ORDOÑEZ INFECTOLOGA QUIEN INDICA CAMBIAR MANEJO POR CEFUROXIMA (...)»*
(Negrillas fuera de texto).

Luego, se indica:

«SE INICIA CEFTRIAXONA HASTA AUTORIZACION DE CEFUROXIME SS PARACLINICOS DE CONTROL* RETIRAR SONDA VESICAL* SUSPENDER LEV* DEAMBULACION* PENDEINTE INFORME DE TORACENTESIS REALIZADA AYER* CONTINUAR IGUAL MANEJO MEDICO (...)».*

El día 5 de mayo de 2016 continuó con terapia respiratoria e interconsulta con infectología en la que se anotó:

*«**SUBJETIVO** PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE COLANGITIS, CON AISLAMIENTO DE ESCHERICHIA COLI IRT EN DRENAJE SUBHEPÁTICO. NOS SOLICITAN VALORACIÓN PARA AVAL DE TERAPIA ANTIBIÓTICA CON CEFUROXIMA AXETIL. EL PACIENTE HA PRESENTADO EVOLUCIÓN TÓRPIDA CON PIPERACILINA TAZOBACTAM.*

(...)

RESPUESTA

*PACIENTE CON COLANGITIS POR **E. COLI** CON PERFIL IRT, SE INDICA TERAPIA CON CEFUROXIME AXETIL 750 MG IV CADA 8 HORAS + METRONIDAZOL 500 MG IV CADA 8 HORAS POR 14 DÍAS. NO REQUIERE AISLAMIENTO DE CONTACTO. SUSPENDER PIPERACILINA TAZOBACTAM.»* (Negrillas y subrayas fuera de texto).

Posteriormente, al paciente se le ordenó urocultivo, continuó con manejo antibiótico, y el 16 de mayo de 2016 se practica «DRENAJE DE COLECCION PERIHEPATICA» con mejoría clínica posterior a la misma, **con reporte de urocultivo negativo**, y se indica «EVOLUCION CLINICA LENTA HACIA LA MEJORIA».

Por ende, no se evidencia alguna «infección o bacteria intrahospitalaria» que genere responsabilidad a cargo del Hospital Universitario San Jorge de Pereira como lo refiere la parte recurrente, pues lo que se comenta en las declaraciones de los profesionales de la salud corresponde a una infección de la herida de la cirugía con

curaciones locales que finalmente fue superado, y la bacteria que se observa en la historia clínica denominada «*ESCHERICHIA COLI*» fue valorada y atendida por el área de infectología mediante antibióticos logrando mejoría el 16 de mayo de 2016 cuando se anota «reporte de urocultivo negativo».

Adicionalmente, el médico Víctor Hugo Mendoza Brochero, quien atendió al paciente luego de la colecistectomía hasta el último momento, precisó en audiencia de pruebas que durante sus intervenciones no detectó alguna infección profunda e interna, sino una infección del sitio operatorio superficial.

Analizados los elementos de convicción que integran el dossier, concretamente de las historias clínicas allegadas y las declaraciones de los médicos que atendieron al paciente, es evidente para esta Colegiatura que no existe elemento de convicción que indique con certeza que la causa de la muerte deviene de una infección causada por alguna infección o bacteria intrahospitalaria, quedando sin sustento las manifestaciones de la parte actora en cuanto a que el paciente estuvo sin manejo antibiótico y que por tal motivo adquirió una infección en el centro hospitalario.

No puede soslayar esta Corporación que en los casos de infecciones nosocomiales o intrahospitalarias, la parte actora debe demostrar que el daño que padece es consecuencia de una infección adquirida durante la permanencia de la víctima en el centro hospitalario. Al respecto el Consejo de Estado ha señalado:

«Así, por ejemplo, Francia ha establecido en su legislación un sistema de responsabilidad médica hospitalaria sin culpa³⁷, la cual opera en los casos de infecciones nosocomiales y que descansa sobre tres pilares fundamentales:

“i) el riesgo (las infecciones nosocomiales existen y cualquiera puede padecerlas), ii) la igualdad (todas las personas son iguales y por ello todas tienen derecho a estar protegidas de igual forma) y iii) la solidaridad (pese a que no se enfermarán todos, todos debemos hacernos cargo porque podría dañar a cualquiera)”³⁸.

Así pues, en el marco del sistema de responsabilidad francés, los establecimientos y profesionales de la salud, sean de carácter público o privado, responden por los daños resultantes de infecciones hospitalarias, salvo si ellos

³⁷ La Ley del 4 de marzo de 2002, también conocida como “Ley Kouchner”, establece dos sistemas específicos y distintos de responsabilidad por infecciones hospitalarias. El primero, aplicable a los establecimientos de salud, tanto públicos como privados, que es de carácter objetivo. El segundo, aplicable a los médicos, que es de carácter subjetivo (falta probada). Juan Manuel Prevot, Responsabilidad civil de los médicos, editorial Abeledo Perrot, Buenos Aires, 2008, p. 318.

³⁸ TOCORNAL Cooper Josefina, Responsabilidad civil por infecciones intrahospitalarias, en Revista Chilena de Derecho [on line], 2010, vol. 37, n.º 3, pp. 477-504; Enrique Barros Bourie, Tratado de responsabilidad extracontractual, editorial jurídica de Chile, 2009, pp. 688-694.

logran demostrar que la infección fue causada por un factor ajeno al servicio sanitario³⁹.

En Argentina, al lado de quienes consideran que las infecciones intrahospitalarias comportan la concreción de un riesgo propio de la actividad asistencial⁴⁰, existe un sector de la doctrina y de la jurisprudencia que afirma que “junto al deber principal de prestar asistencia médica, el establecimiento sanitario asume un deber de seguridad que siempre es objetivo” y que puede estar referido a una obligación de medios –caso de los actos puros de profesión de los facultativos–, pero también de resultados, como lo es la que consiste en garantizar la inocuidad de “las cosas utilizadas, ámbitos físicos, instrumentos quirúrgicos, aparatos de rayos, etcétera, que pueden resultar riesgosos o viciosos (...)”⁴¹.

De igual forma, afirma la doctrina Argentina que la carga de la prueba en estos casos reposa sobre la entidad demandada, la cual, para eximirse de responsabilidad, deberá demostrar que se han cumplido todos los extremos necesarios para asegurar el deber de seguridad que, como obligación tácita, se halla comprendida en el contrato asistencial, y cuya omisión genera la responsabilidad directa de la entidad contratante, además de la que concierne directa y personalmente al profesional⁴².

En España, al igual que ocurre en el régimen de responsabilidad estatal colombiano, el régimen de responsabilidad aplicable a casos por infecciones nosocomiales es de carácter objetivo, según el cual <<la persona que provoca un riesgo que le reporta un beneficio, debe asumir la responsabilidad si causa un daño>>⁴³. Al respecto, la jurisprudencia del Tribunal Español, ha discurrido de la siguiente manera:

“... Los niveles presumidos por ley de pureza, eficacia o seguridad que suponen además, posibilidades de controles técnicos de calidad, impiden, de suyo, por regla general las infecciones subsiguientes a una intervención quirúrgica adquirida en el medio hospitalario o su reactivación en el referido medio. Cuando estos controles de manera no precisada fallan; o bien, por razones atípicas dejan de funcionar, en relación con determinados sujetos, el legislador impone que los riesgos sean asumidos por el propio servicio sanitario en forma de responsabilidad objetivas>>⁴⁴

No obstante, en España existe también una posición jurisprudencial que aboga por la declaratoria de responsabilidad en casos de infecciones nosocomiales con base en la culpa o “falla del servicio”, la cual tiene su fundamento en la denominada “teoría del daño desproporcionado”, según la cual, una vez producida una infección originada por una bacteria hospitalaria tras una intervención quirúrgica, se considera que el daño producido resulta imputable al servicio hospitalario por cuanto es éste el que, en una posición de dominio y exclusividad, está obligado a instrumentar las medidas profilácticas adecuadas para evitar la contaminación y, en último término, las medidas diagnósticas

³⁹ BARROS Bourie Enrique, Op. Cit., p. 693.

⁴⁰ WEINGARTEN Celia, Op. Cit, p. 27.

⁴¹ PREVOT Juan Manuel, Op. Cit., p. 329.

⁴² JALIL Julián Emil, Derecho de Daños Aplicado, Editorial Ibañez, Bogotá D.C. 2013. Pág. 862.

⁴³ LÓPEZ DE LA CRUZ Laura, PÉREZ Velásquez Juan Pablo y otros, “Tratado Jurisprudencial de Responsabilidad por Daños”, Tirant To Blanch, Valencia, 2013, p. 94.

⁴⁴ “SSTS. Sentencias del 21/03/2000, 12/07/1999, 30/06/1998 y 24/04/1996”. En Laura López de la Cruz, Juan Pablo Pérez Velásquez y otros, “Tratado Jurisprudencial de Responsabilidad por Daños”, Tirant To Blanch, Valencia, 2013, p. 94-106.

posteriores dirigidas a la detección de la infección y a su tratamiento, razón por la cual una vez producida la infección y, de contera, el daño, dicha circunstancia evidencia la “culpa” del ente hospitalario. La anterior tesis ha sido expuesta por el Tribunal Español en los siguientes términos:

“La doctrina jurisprudencial sobre el daño desproporcionado, del que se desprende la culpabilidad del autor, corresponde a la regla ‘res ipsa loquitur’, (la cosa habla por sí misma), que se refiere a una evidencia que crea una deducción de negligencia, lo que requiere que se produzca un evento dañoso de los que normalmente no se producen sino por razón de una conducta negligente, que dicho evento se origine por alguna conducta que entre en la esfera de la acción del demandado aunque no se conozca el detalle exacto y que aquél no sea causado por una conducta o acción que corresponda a la esfera de la propia víctima. (...). La jurisprudencia no ha eliminado en modo alguno la exigencia del elemento subjetivo o culposo para este tipo de responsabilidad aquiliana, sino que carga el acento, con una finalidad social, en la prueba de esa culpa, pero invirtiendo el ‘onus probandi’, es decir, atribuyendo de la misma al demandado para que con ello acredite que en ejercicio de sus actos lícitos obró con toda la prudencia y diligencia precisa para evitar el daño, máxime en actividades de suyo peligrosas o de fácil creación de riesgo, supuesto en el que la causalidad física adquiere, en su consideración, prepotencia o prevalencia sobre la psicológica o subjetiva exigible a la gente”⁴⁵.

(...)

Por último, en Chile los tribunales han considerado que una enfermedad contraída durante la permanencia en el establecimiento es evidencia prima facie de la negligencia incurrida en los deberes preventivos que recaen sobre la clínica u hospital o de la falta del servicio del hospital público¹⁶. El criterio aplicado en estos casos ha sido el de presunción de culpa, que encuentra sustento legal en el artículo 2329 del Código Civil Chileno. No obstante, esta postura ha sido criticada por un sector de la doctrina, que considera que el daño y no la culpa es el fundamento de la responsabilidad del Estado, de manera que si éste se produce por una infección intrahospitalaria, surge la obligación de indemnizarlo, para lo cual sólo es necesario acreditar la relación de causalidad que existe entre la prestación del servicio de salud y el daño, “sin importar si hubo o no culpa en el establecimiento o sus dependientes”⁴⁶.

Tales planteamientos esbozados por la Sección Tercera del Consejo de Estado en torno a la aplicación del régimen objetivo de responsabilidad derivado de las infecciones nosocomiales, resultan concordantes y coherentes con el derecho comparado (Francia, Argentina, España y Chile), en donde se estudian dichos daños bajo el régimen de responsabilidad sin culpa u objetivo”⁴⁷.

En el presente caso, es claro para esta Corporación que no se acreditó que la infección local de la herida de la cirugía ni la bacteria «*ESCHERICHIA COLI*», fueran causantes del fallecimiento del señor Ramón Ulises, de allí a que conforme lo probado no se estructuren las especiales circunstancias que permitirían la

⁴⁵ “SSTS. Sentencias del 18/05/2007, 15/09/2003, 29/06/1999”. En Laura López de la Cruz, Juan Pablo Pérez Velásquez y otros, “Tratado Jurisprudencial de Responsabilidad por Daños”, Tirant To Blanch, Valencia, 2013, p. 94-106.

⁴⁶ Josefina Tocornal Cooper, Op. Cit. p. 14.

⁴⁷ Consejo de Estado, Sección Tercera – Subsección A, sentencia de 11 de junio de 2014, Exp. 27.089, M.P. Hernán Andrade Rincón.

declaratoria de responsabilidad administrativa de la entidad demandada, máxime cuando el demandante no se esforzó en demostrar que el perfil epidemiológico o microbiológico de la bacteria estuviera asociada a la atención en salud, cuya característica es la multirresistencia.

Si bien se podría aceptar que el nexo causal se puede configurar a partir de indicios, este tipo de medio probatorio no alcanza a configurarse en la medida que no hay ningún hecho indicador plenamente probado que señale el indicado a través de una inferencia válida que la causa de la muerte hubiere sido una infección adquirida en sede de la entidad demandada. Más bien lo que puede entenderse es que la parte recurrente trata de sembrar dudas derivadas de una eventualmente multicausalidad de la muerte, a partir de lo cual pretende estructurar la prueba indiciaria que, como se ha dicho, se echa de menos.

Pese a los argumentos de los apelantes para demostrar las supuestas fallas en que incurrieron las demandadas en el presente caso, la Sala no encuentra con base en el material probatorio allegado al expediente la relación de causalidad que se requiere para declarar la responsabilidad de las entidades demandadas.

De esta manera y como ha quedado advertido a lo largo del presente proveído, no encuentra este Tribunal que en la sentencia de primer grado se haya omitido el estudio de elementos probatorios que consten en el plenario, sino que analizada en su totalidad la providencia, se observa un examen juicioso y razonado de las pruebas recolectadas, de una manera íntegra y bajo los principios de la sana crítica y de acuerdo a la Ley que regula la materia, en consecuencia, se confirmará la decisión adoptada.

6. COSTAS

Sea lo primero indicar que en primera instancia no se condenó en costas y dicho aspecto no fue apelado. Y en esta instancia se precisa que no se condenará en costas a la parte vencida, de conformidad con las previsiones contenidas en el artículo 365 del Código General del Proceso, aplicable por remisión a las normas procedimentales civiles, contenida en el artículo 188 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, por cuanto no se encuentran acreditadas las mismas, acorde con la posición que ha asumido el Consejo de Estado que, luego de señalar el criterio objetivo- valorativo para la imposición de

costas (Consejo de Estado, Sección Segunda, Subsección A, sentencia del 7 de abril de 2016, radicación número: 13001-23-33-000-2013-00022-01(1291-14 Actor: José Francisco Guerrero Bardi), en la que se indicó que: «...en esta oportunidad la Subsección A varía aquella posición y acoge el criterio objetivo para la imposición de costas (incluidas las agencias en derecho) al concluir que no se debe evaluar la conducta de las partes (temeridad o mala fe). Se deben valorar aspectos objetivos respecto de la causación de las costas, tal como lo prevé el Código General del Proceso, con el fin de darle plena aplicación a su artículo 365, ha proferido sin número de sentencias sin condena en costas, al considerar que no se encuentra demostrada su causación».

En efecto, la Ley 1564 de 2012 (Código General del Proceso), dispone en el artículo 365,8 que: «Solo habrá lugar a costas cuando en el expediente aparezca que se causaron y en la medida de su comprobación»; una vez revisado el expediente, se advierte que no existen elementos de prueba que demuestren o justifiquen las erogaciones por concepto de costas en esta instancia, razonamientos estos que son trasunto de los que las diferentes secciones de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Consejo de Estado han señalado en punto a costas, como quedó referido, en las cuales la regla general ha sido la negativa a la condena por tal concepto. En consecuencia, al no existir fundamento para su imposición, la Sala concluye que no es procedente la condena en costas en el sub lite.

En mérito de lo expuesto, el Tribunal de lo Contencioso Administrativo de Risaralda, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley,

VIII. FALLA

1. CONFÍRMASE la sentencia proferida el 20 de septiembre de 2022 por el Juez Quinto Administrativo de Pereira, dentro del proceso de la referencia, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.

2. Sin costas en esta instancia por las consideraciones expuestas.

3. Ejecutoriada esta providencia, devuélvase el expediente al Juzgado de origen.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

JUAN CARLOS HINCAPIÉ MEJÍA
MAGISTRADO

ANDRÉS MEDINA PINEDA
MAGISTRADO

LEONARDO RODRÍGUEZ ARANGO
MAGISTRADO

«Este documento fue firmado electrónicamente. Puede consultar la providencia oficial con el número de radicación en <https://samairj.consejodeestado.gov.co>»