



Rama Judicial  
Consejo Superior de la Judicatura  
República de Colombia



SC5780-1-9



SIGCMA-SGC

**TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE SANTANDER**  
**Palacio de Justicia – Oficina 418**  
[ventanillatriadmsan@ceudoj.ramajudicial.gov.co](mailto:ventanillatriadmsan@ceudoj.ramajudicial.gov.co)

**EDICTO**

LA SUSCRITA SECRETARIA DEL TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE SANTANDER POR MEDIO DEL PRESENTE EDICTO NOTIFICA A LAS PARTES LA SENTENCIA DICTADA EN EL EXPEDIENTE:

RADICADO: **680012331000-2011-00893-00**

PONENTE: IVAN MAURICIO MENDOZA SAAVEDRA

DEMANDANTE: LUIS GERARDO ANGULO RODRIGUEZ Y OTROS

DEMANDADO: INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA – ISABU, CLINICA BUCARAMANGA, DEPARTAMENTO DE SANTANDER – SECRETARIA DE SALUD, MUNICIPIO DE BUCARAMANGA – SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL, HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER

NATURALEZA: Acción de Reparación Directa

FECHA SENTENCIA: 2 DE FEBRERO DE 2023

EL PRESENTE EDICTO SE FIJA EN LA PAGINA WEB DE LA RAMA JUDICIAL EN LA SECCIÓN SECRETARÍA GENERAL DEL TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE SANTANDER, POR EL TÉRMINO DE TRES (03) DIAS, COMPRENDIDO ENTRE LAS 08:00 A.M DEL **16 DE FEBRERO DE 2023** HASTA LAS 04:00 P.M DEL **20 DE FEBRERO DE 2023**, HORA EN LA CUAL SE DESFIJA.

Firmado Por:

Daissy Paola Díaz Vargas

Secretario

Mixto

**Tribunal Administrativo De Bucaramanga - Santander**

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica,  
conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **238f231d27e41172e8ec2016f69842fa20481d757a40458db9a907b064e84a19**

Documento generado en 15/02/2023 03:37:50 PM

**Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:  
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>**



**TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE SANTANDER**  
**Mag. Ponente IVÁN MAURICIO MENDOZA SAAVEDRA**

Bucaramanga, febrero dos (2) de dos mil veintitrés (2023)

**Expediente No. 680012331000-2011-00893-00**

<b>MEDIO DE CONTROL:</b>	<b>REPARACIÓN DIRECTA</b>
<b>DEMANDANTE:</b>	<b>DIEGO ARMANDO SANCHEZ ROSAS Y OTROS</b>
<b>DEMANDADO:</b>	<p><b>INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA - ISABU-</b> <a href="mailto:notificacionesjudiciales@isabu.gov.co">notificacionesjudiciales@isabu.gov.co</a></p> <p><b>CLINICA BUCARAMANGA</b> <a href="mailto:gerencia@cub.com.co">gerencia@cub.com.co</a></p> <p><b>DEPARTAMENTO DE SANTANDER - SECRETARIA DE SALUD-</b> <a href="mailto:notificaciones@santander.gov.co">notificaciones@santander.gov.co</a> <a href="mailto:salud@santander.gov.co">salud@santander.gov.co</a></p> <p><b>MUNICIPIO DE BUCARAMANGA - SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL-</b> <a href="mailto:notificaciones@bucaramanga.gov.co">notificaciones@bucaramanga.gov.co</a></p> <p><b>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER</b> <a href="mailto:juridica@hus.gov.co">juridica@hus.gov.co</a> <a href="mailto:notificacionesjudiciales@hus.gov.co">notificacionesjudiciales@hus.gov.co</a></p>
<b>MINISTERIO PUBLICO:</b>	<p><b>DIANA F MILLAN SUAREZ</b> <b>PROCURADORA 17 JUDICIAL II</b> <a href="mailto:dfmillan@procuraduria.gov.co">dfmillan@procuraduria.gov.co</a></p>

Se profiere decisión de fondo en la demanda que en ejercicio de la acción de **reparación directa** promueven los señores **MARLENE RODRIGUEZ PICO** en calidad de madre de **LUIS GERARDO ANGULO RODRIGUEZ, DIEGO ARMANDO SANCHEZ ROSASA** en nombre propio y en representación de **EDWIN GIOVANY SANCHEZ ANGULO, y LUIS ANTONIO HERNANDEZ CAMARGO** en nombre propio y en representación de **CRISTIAN DANIEL HERNANDEZ ANGULO** en contra del **Departamento de Santander – Secretaría de Salud Departamental de Santander-; Municipio de Bucaramanga – Secretaría de Salud Municipal-; Hospital Universitario de Santander; Clínica Bucaramanga – Centro Médico Daniel Peralta S.A. y la ESE Instituto de Salud de Bucaramanga -ISABU-**, acorde con los siguientes antecedentes:

**De la Demanda**

**Pretensiones:**

En síntesis, con la demanda se pretende que se declare administrativamente responsable al **Departamento de Santander – Secretaría de Salud Departamental de Santander-**; el **Municipio de Bucaramanga – Secretaría de Salud Municipal-**; el **Hospital Universitario de Santander**; la **Clínica Bucaramanga – Centro Médico Daniel Peralta S.A.** y la **ESE Instituto de Salud de Bucaramanga -ISABU-** por los perjuicios causados a los demandantes derivado de la muerte de la señora **SAMARY VIVIANA ANGULO RODRIGUEZ**, por falla médica.

Como consecuencia de la anterior declaración, se condene a la parte demandada a pagar a favor de los demandantes, a título de perjuicios, los siguientes valores:

- Por daño a la vida de relación:
  - Para MARLENE RODRIGUEZ PICO la suma equivalente a 150 SMLMV
  - Para LUIS GERARDO ANGULO RODRIGUEZ la suma equivalente a 100 SMLMV
  - Para DIEGO ARMANDO SANCHEA ROSAS la suma equivalente a 150 SMLMV
  - Para EDWIN GIOVANY SANCHEZ ANGULO y CRISTIAN DANIEL HERNANDEZ ANGULO la suma equivalente a 150 SMLMV, para cada uno.
- Por perjuicios materiales:
  - Lucro cesante:
    - Para DIEGO ARMANDO SANCHEZ ROSAS y los menores EDWIN GIOVANY SANCHEZ ANGULO y CRISTIAN DANIEL HERNANDEZ ANGULO la suma que resulte de aplicar las fórmulas utilizadas por el Consejo de Estado, teniendo en cuenta el salario mínimo que recibía como ganancias por el trabajo que desempeñaba la víctima en el año 2009 y sucesivamente hasta su vida probable.
  - Daño emergente:
    - Para DIEGO ARMANDO SANCHEZ ROSAS el equivalente a 250 SMLMV hasta la vida probable de la fallecida.
    - Subsidiariamente al pago del mayor valor que al momento del fallo, reconozca la jurisprudencia del Consejo de Estado.

Que se actualice el valor de la condena al tiempo de la sentencia de conformidad al índice de precios al consumidor más intereses legales del 6% anual.

Que se dé cumplimiento a la sentencia en los términos de los arts. 176 y 177 del C.C.A.

**Hechos.**

La parte actora sustentó sus pretensiones en los siguientes hechos:

1. El día 23 de julio de 2009, la señora **SAMARY VIVIANA ANGULO RODRÍGUEZ**, de 22 años de edad, se presentó a la E.S.E. Instituto de Salud de Bucaramanga "ISABU", en busca de ayuda médica por dolencias en su humanidad, siendo atendida por la médica María Camila Redondo M., a la cual manifestó que presentaba frecuentes e intensos dolores en la espalda por más de una semana y fatiga. Una vez valorada, la señora SAMARY VIVIANA a fue diagnosticada con Espasmo Muscular por el que le formularon medicamentos que le calmaron el dolor por algunos días.
2. Nuevamente, el día 11 de agosto de 2009, SAMARY VIVIANA ANGULO se presentó nuevamente a la E.S.E. Instituto de Salud de Bucaramanga ISABU, en busca de ayuda médica, siendo atendida por la misma Dra. MARÍA CAMILA REDONDO M, quien le diagnosticó HIPERTOFIA MAMARIA por lo que recomendó fisioterapia y cirugía plástica.
3. En vista que los dolores continuaban y la dificultad al respirar, SAMARY VIVIANA requirió de los servicios médicos de urgencia de la E.S.E. Hospital Universitario de Santander, a donde acudió el día 24 de septiembre de 2009 a las 10:55 de la mañana, siendo diagnosticada con NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD por lo que fue recluida en ese centro hospitalario durante los días 24, 25 y 26 de septiembre de 2009. Durante su estancia, la paciente fue valorada por especialistas que le suministraron los medicamentos requeridos para la enfermedad.
4. En la planilla de evolución de órdenes médicas del día 26 de septiembre de 2009, a las 10:45 horas, el médico interno RUBEN DARIO DUARTE REYES realizó anotación en la que refirió que la paciente tenía "*pendiente la valoración por UCI se continúa vigilancia estricta y manejo antibióticos...*".
5. La última valoración de hospitalización fue el día 27 de septiembre de 2009, a las 09:00 horas, por parte del Médico Internista GUILLERMO ALFONSO BARRERA NAVARRO ordenando la salida a la paciente, pese a las recomendaciones realizadas por el médico RUBEN DARIO DUARTE REYES, quien habían considerado la necesidad de valoración por UCI. Así, el 27 de septiembre de 2009 a las 9:30 a.m., el médico GUILLERMO ALFONSO BARRERA emitió salida de la paciente sin tener en cuenta la gravedad de la enfermedad diagnosticada e ignorando las recomendaciones médicas previas, por lo que egresó del centro hospitalario el día 27 de septiembre de 2009 a las 9:30 a.m. con dificultades respiratorias, diagnóstico de enfermedad de neumonía adquirida en la comunidad y encontrándose pendiente la valoración por UCI.
6. Los medicamentos ordenados por el Dr. BARRERA NAVARRO, calmaron el dolor, la ansiedad y la dificultad respiratoria de la paciente hasta el día 30 de septiembre de

2009, cuando SAMARY VIVIANA ANGULO RODRIGUEZ ingresó nuevamente a la ES.E. Hospital Universitario de Santander con las mismas dolencias, en un estado de salud más deteriorado y con posibilidad de trombolisis o trombolectomía, siendo atendida por el Dd. CESAR J. GARCIA SANDOVAL quien consignó en el registro de valoración de la paciente, lo siguiente: "... evidencia de TEP masivo, se inicia manejo con heparina ... requiere manejo en UCI con posibilidad de trombolisis o trombolectomía...". Acorde con lo anterior, la paciente fue nuevamente hospitalizada el día 30 de septiembre de 2009 a las 22:36 horas.

7. Desde el segundo ingreso a la ESE HUS, los médicos que atendieron a SAMARY VIVIANA ANGULO RODRIGUEZ continuaron sugiriendo la urgencia en el manejo en UCI de la paciente, según notas médicas realizadas durante los días 30 de septiembre, 1º de octubre, 02 de octubre y 03 de octubre de 2009.
8. Pese al grave estado de salud de la paciente, solo hasta el día 03 de octubre de 2009, en horas de la tarde, se ordenó su remisión a tratamiento en la UCI mediante contra remisión, siendo recluida en la Clínica Bucaramanga a donde ingresa a las 4:00 p.m..
9. Encontrándose SAMARY VIVIANA ANGULO RODRIGUEZ en la Clínica Bucaramanga, y bajo observación médica en la UCI, en valoración realizada a las 7:05 p.m., el Md. FABIO ALBERTO GONZALEZ PLATA dejó anotado el diagnóstico de trombolisis sistémica vs local más trombolectomía.
10. El día 04 de octubre de 2009, siendo las 06:41 horas, la paciente SAMARY VIVIANA ANGULO RODRIGUEZ falleció a causa de un súbito de hipoxemia, tos y colapso cardiopulmonar.
11. Las entidades demandadas incurrieron en falla del servicio médico en la paciente SAMARY VIVIANA ANGULO, por remisión tardía, mal diagnóstico y negligencia médica.

### **Trámite en primera instancia**

Una vez admitida la demanda se imprimió el trámite del procedimiento ordinario, y se dispuso notificar a la parte actora por anotación en estados, y a la parte demandada. Finalizada la etapa probatoria, se corrió traslado a las partes para alegar de conclusión y al Ministerio Público para emitir concepto de fondo.

De dicho trámite se destaca lo que sigue:

### **Contestación a la Demanda**

- **CLÍNICA BUCARAMANGA S.A.**

Se opuso a la prosperidad de la totalidad de las pretensiones incoadas en la demanda, centrando la defensa en los siguientes argumentos, expuestos a manera de Excepciones de Fondo:

- LOS HECHOS Y PRETENSIONES DE LA DEMANDA NO SON DE RESPONSABILIDAD DE LA CLINICA BUCARAMANGA S.A., DADO EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES LEGALES COMO INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD, POR LO TANTO, NO SE LE PUEDE ATRIBUIR UNA MALA PRAXIS MEDICA NATE LA PATOLOGÍA DE LA PACIENTE Y PORTERIOR TRATAMIENTO Y PROCEDIMIENTOS BRINDADOS PARA SU RECUPERACION A PESAR DEL RESULTADO NO QUERIDO: La prestación del servicio se realizó de manera oportuna, segura, pertinente y continua.
- CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LEGALES EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS MÉDICO – ASISTENCIALES POR PAWRTE DE LA SOCIEDAD CLÍNICA BUCARAMANGA CENTRO MÉDICO DANIEL PERALTA S.A. DENTO DEL MARCO DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN LA SALUD: La señora SAMARY VIVIANA ANGULO RODRIGUEZ fue valorada, se calificó su estado de salud, se acudió a los especialistas y se acataron las órdenes médicas con el apoyo diagnóstico necesario, habiendo sido hospitalizada en UCI.
- EL REGIMEN DE RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA SE RIGE POR LA CULPA PROBADA DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 177 DEL C.P.C.: Dentro de los hechos de la demanda y los documentos aportados no se reporta la evidencia de la existencia de un actuar negligente por alguno de los profesionales que intervinieron en la atención brindada a la señora SAMARY VIVIANA ANGULO RODRIGUEZ.
- CUMPLIMIENTO DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD Y DE LAS CONDICIONES MINIMAS PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS DE SALUD: Para la época de los hechos, la víctima fue atendida, se le practicaron todos los exámenes paraclínicos, de laboratorio e imagenología, se le otorgaron todas las autorizaciones de acuerdo a las órdenes médicas tanto de personal vinculado a la Clínica Bucaramanga como de médicos particulares adscritos a la misma.
- INDEBIDA TASACIÓN DE LOS PERJUICIOS: Las valoraciones que se hacen son exageradas y carecen de soporte probatorio, en consecuencia, deben ser negadas acorde con el art. 211 del C.P.C.
- LA CLÍNICA BUCARAMANGA S.A. NO PARTICIPÓ EN LA REALIZACIÓN DEL DAÑO ANTIJURÍDICO QUE SE PRETENDE DEMOSTRAR, NI DEBE RESPONDER POR LAS ACTUACIONES DE LOS OTROS DEMANDADOS: A la Clínica Bucaramanga no se le puede considerar la causante del daño, porque la paciente comenzó a consultar

desde el mes de julio de 2009 en entidades prestadoras de servicios de salud diferentes que no tienen vínculo o relación alguna con la entidad.

- AUSENCIA DE CULPA POR PARTE DE LA CLÍNICA BUCARAMANGA CENTRO MÉDICO DANIEL PERALTA S.A. E INEXISTENCIA DEL NEXO CAUSAL ENTRE EL DAÑO SUFRIDO Y EL ACTUAR DE LA IPS DEMANDADA PUES LA OCURRENCIA DEL DESENLACE ES POR CAUSAS EXTRAÑAS A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.
- FALTA DE LEGITIMACIÓN POR PASIVA E INDEBIDA INTEGRACIÓN DEL CONTRADICTORIO, NO SOLO PORQUE LA CLÍNICA BUCARAMANGA NO PARTICIPO EN LA REALIZACIÓN DEL DAÑO, SINO PORQUE SE ESTÁ DESCONOCIENDO LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD AL NO DEMANDARSE A LA EPS-S ASMET SALUD A LA QUE SE ENCONTRABA AFILIADA LA PACIENTE.

Como excepción previa se propuso la denominada **“NO COMPRENDER LA DEMANDA A TODAS LAS PERSONAS QUE CONSTITUYEN EL LITISCONSORCIO NECESARIO.”**:

La demanda debió dirigirse igualmente contra ASMET SALUD EPS-S en virtud a su calidad de obligado principal por la atención en salud de su asegurada.

➤ **DEPARTAMENTO DE SANTANDER:**

Se opuso a las pretensiones de la demanda, informando que no le constan los hechos en que la misma se funda. Como excepciones propuso:

- FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA: La adscripción de la E.S.E. Hospital Universitario de Santander, no implica asistencia técnica o científica, o intervención directa del Departamento en las Empresas Sociales del Estado, por lo tanto, el Departamento no puede ser responsable solidariamente con las E.S.E.
- INEXISTENCIA DE NEXO CAUSAL: Para el presente caso, el Departamento de Santander no tiene como misión la prestación de los servicios de salud, por lo tanto, el nexo causal entre el daño y la acción de la administración departamental brilla por su ausencia.

➤ **MUNICIPIO DE BUCARAMANGA:**

Se opone a las pretensiones tomando como sustento la siguiente excepción:

- CADUCIDAD.



- El municipio de Bucaramanga no fue el encargado de la prestación de los servicios a la víctima, de igual forma, el ISABU y las demás entidades donde se le brindó atención médica son personas jurídicas autónomas e independientes.

➤ **INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA ESE ISABU:**

En concreto, la defensa argumentó que las pruebas allegadas al plenario, demostraban que la ESE ISABU prestó la atención médica adecuada que requería la víctima, brindándole el tratamiento acorde con la patología que presentó en el momento, lo cual quedó registrado en su historia clínica.

Refirió que no se allegaron pruebas tendientes a probar que acrediten la existencia de una relación de causalidad entre la atención prestada a la paciente SAMARY VIVIANA ANGULO RODRIGUEZ y su deceso; por el contrario, la ESE ISABU atendió y dio control médico por ella requerido.

Como excepción propuso las siguientes:

- **AUSENCIA DE RESPONSABILIDAD DE LA ESE ISABU:** No se acreditan los presupuestos que dan lugar a configurar la responsabilidad de la ESE ISABU, puesto que su compromiso con el paciente era prestar los servicios de salud en el nivel de complejidad en el cual es competente.
- **INEXISTENCIA DE LA FALLA EN EL SERVICIO:** No existe sustento para que se declare responsable a la ESE ISABU por la muerte de SAMARY VIVIANA ANGULO RODRIGUEZ, toda vez que la entidad le prestó los servicios médicos requeridos, acorde con la lex artis.

**Alegatos de Conclusión**

- La **parte demandante** alegó de conclusión refiriendo que los elementos probatorios apuntan a demostrar que a la víctima no se le dio la oportunidad de seguir viviendo, al no ser remitida de manera pronta, oportuna e inmediata a un Centro Asistencial donde hubiera cubículos de UCI disponibles, tal y como se consignó en los diferentes registros médicos que daban cuenta de la necesidad de manejo en UCI.
- **LIBERTY SEGUROS S.A.** presentó alegatos de conclusión en los que argumentó que las pruebas documentales aportadas y los testimonios practicados no demuestran la existencia de un nexo causal entre los padecimientos y posterior fallecimiento de la

señora SAMARY VIVIANA ANGULO RODRIGUEZ y la atención médica prestada en la Clínica Bucaramanga – Centro Médico Daniel Peralta S.A.

- La **E.S.E. Hospital Universitario de Santander** intervino en el término de alegaciones para concluir que en curso del presente proceso se demostró que no hubo falla en el servicio por parte de la entidad por cuanto la E.S.E. brindó a la paciente la atención requerida de manera responsable acorde con la lex artis, con personal calificado y en los tiempos y cantidades especificadas y requeridas.
- El **Departamento de Santander** presentó alegatos de conclusión reiterando la excepción de falta de legitimación en la causa por pasiva.
- La **Clínica Bucaramanga S.A. En Liquidación** alegó de conclusión reiterando los argumentos de defensa expuestos en la contestación de la demanda, a partir de los cuales considera, se debe emitir un fallo que desestime las pretensiones de la demanda al considerar que no se puede endilgar falla médica a dicha entidad.
- El **Ministerio Público** guardó silencio en curso de esta etapa procesal.

## **CONSIDERACIONES**

### **Competencia**

Recae en esta Corporación, en orden a lo dispuesto por el Art. 132.6 del Código Contencioso Administrativo.

### **De las excepciones propuestas por los demandados:**

- **Caducidad de la acción propuesta por el municipio de Bucaramanga:**

El daño lo constituye la muerte de la señora SAMARY VIVIANA ANGULO RODRIGUEZ, hecho que ocurrió el día 04 de octubre de 2009, mientras se encontraba interna en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica Bucaramanga S.A..

Por lo anterior, el término de 2 años consagrado por el numeral 8º del artículo 136 del C.C.A. para promover la acción de reparación directa inició a correr a partir del día **05 de octubre de 2009** y fue suspendido durante el periodo comprendido entre el **29 de septiembre de 2011** -cuando había transcurrido 1 año, 11 meses y 25 días, es decir, restaban 5 días para el cumplimiento del término de caducidad- al **1º de noviembre de 2011** en virtud del trámite de conciliación prejudicial y en los términos señalados por la Ley 640 de 2001.

Así, por cuanto la demanda de reparación directa fue radicada el día mismo día 03 de noviembre de 2011, tal y como se hizo constar en el Acta Individual de Reparto que obra a folio 114, se concluye que no se configuró en este caso la caducidad de la acción.

Acorde con lo anterior, se declarará no probada la excepción de caducidad propuesta por el Municipio de Bucaramanga.

○ **Falta de legitimación en la causa por pasiva propuesta por el Departamento de Santander y la Clínica Bucaramanga S.A.:**

La legitimación en la causa por pasiva es de aquellas excepciones consideradas de carácter mixto, en tanto la misma puede ser propuesta como excepción previa caso en el cual esta etapa procesal es la indicada para pronunciarse sobre la misma o como excepción de mérito, en cuyo caso, solo al momento de dictar la respectiva sentencia el operador judicial emitirá su pronunciamiento. Así mismo se tiene que la legitimación en la causa es aquella calidad que permite a una persona, parte de determinada relación jurídica, la posibilidad de proponer demandas o también, oponerse a las pretensiones que se formulen en su contra. También es necesario distinguir entre la legitimación procesal y la legitimación material en la causa.

Conforme a los hechos de la demanda los perjuicios reclamados tienen su origen en la prestación del servicio médico que la señora SAMARY VIVIANA ANGULO recibió por parte de la ESE Instituto de Salud de Bucaramanga, la E.S.E. Hospital Universitario de Santander y la Clínica Bucaramanga S.A., la cual, según lo expuesto en la demanda, se produjo su deceso.

En relación a la legitimación en la causa y la responsabilidad patrimonial derivada de la prestación del servicio médico ha señalado el Consejo de Estado<sup>1</sup>:

*"Sobre el particular, la Sala desestimaré el argumento del Tribunal, toda vez que al margen de cualquier consideración sobre la estructura orgánica del sistema general de salud y las competencias asignadas a la Nación y los entes territoriales, en el caso, existe un hecho claro, y es que **la imputación**, tal como se planteó en la demanda, está dirigida **al ente que prestó el servicio médico**, esto es, el Hospital Universitario. En lo que concierne a la falla del servicio alegada, se observa que no es posible hacer una imputación fáctica o jurídica a la Nación o al Departamento de Santander. Adicionalmente, el Hospital Universitario Ramón González Valencia se transformó en empresa social del estado, entendida como una categoría especial de entidad pública descentralizada del orden departamental, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio, en virtud del Decreto 96 de 1995, expedido por la Gobernación de Santander. Así las cosas, el ente prestador del servicio en el asunto*

<sup>1</sup> Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Subsección C. Sentencia del 24 de octubre de 2013. Consejero Ponente Enrique Gil Botero. Radicación 68001231500019951119501

*sub examine es una persona jurídica distinta de la Nación y del Departamento de Santander, y en virtud de ese rasgo (personería jurídica) tiene capacidad para acudir al proceso como parte y ser sujeto de relaciones jurídicas, de forma activa, como un acreedor, o como en el sub iudice, en la parte pasiva de la relación –no sólo procesal, sino sustancial-. Es, pues, la personería jurídica el elemento del cual emana la capacidad para ser sujeto de derechos y obligaciones.*

*Finalmente, para la Sala es evidente que de los hechos narrados no es posible dirigir imputación alguna a la Nación o al Departamento de Santander, comoquiera que la falla del servicio está fundamentada en la tardanza del Hospital en la práctica del lavado quirúrgico y la desbridación, como causa principal del resultado dañoso. En ese orden, éste es un hecho que, al margen del análisis de la falla del servicio, sólo le es imputable al ente nosocomial, por tanto, la sentencia de primera instancia será revocada en cuanto a la condena solidaria impuesta en contra de la Nación y el Departamento de Santander, y en consecuencia, el análisis de responsabilidad se circunscribirá sólo en relación al Hospital como parte pasiva de la relación procesal.”*

En este punto, la Sala advierte que la imputación de responsabilidad a título de falla se concreta en la atención médica brindada por la **E.S.E ISABU**, la **E.S.E. Hospital Universitario de Santander** y la **Clínica Bucaramanga S.A.** a la señora SAMARY VIVANA ANGULO RODRIGUEZ durante el periodo comprendido entre 29 de julio de 2009 al 04 de octubre de 2009, producto de la cual, según se indica en la demanda, se produjo el deceso de la víctima debido a una deficiente prestación del servicio médico hospitalario. Frente a la Clínica Bucaramanga, quien formula la excepción, la Sala dirá que su vinculación al proceso en calidad de demandada se encuentra soportada en la participación que tuvo en la atención médica hospitalaria brindada a la señora **SAMARY VIVIANA ANGULO** durante los días 03 y 04 de octubre de 2009, acorde con lo documentado en el plenario.

Ahora, en el presente caso la parte actora, si bien, dirige sus pretensiones igualmente en contra del Municipio de Bucaramanga y el Departamento de Santander, no menciona acciones y omisiones en sustento de la declaratoria de responsabilidad que deprecia.

Así, por cuanto a lo largo de los hechos de la demanda lo que se cuestiona es la atención recibida por la E.S.E ISABU, la E.S.E. Hospital Universitario de Santander y la Clínica Bucaramanga S.A., entidades dotadas de **personería jurídica**, patrimonio propio y autonomía administrativa, es claro que éstas cuentan con capacidad para acudir al proceso como parte pasiva de la relación de forma autónoma.

Se impone para la Sala declarar probada la excepción de falta de legitimación en la causa por pasiva propuesta el Departamento de Santander y declarar de oficio la falta de legitimación en la causa por pasiva del Municipio de Bucaramanga. Se denegará la excepción de falta de legitimación pasiva que propone la Clínica Bucaramanga S.A.

### **Problema Jurídico**

Corresponde a la Sala desatar el siguiente interrogante:

¿Las pruebas allegadas al proceso resultan suficientes para demostrar responsabilidad patrimonial y extracontractual de la E.S.E. Instituto de Salud de Bucaramanga E.S.E. ISABU, la E.S.E. Hospital Universitario de Santander y la Clínica Bucaramanga S.A., por falla en la prestación del servicio médico que pudiera haber llevado al deceso de la señora **SAMARY VIVIANA ANGULO RODRIGUEZ?**

**Tesis: No.**

### **Solución al Problema Jurídico Planteado**

El artículo 90 Superior, establece una cláusula general de responsabilidad del Estado<sup>2</sup> cuando determina que éste responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas, de lo cual se desprende que para declarar responsabilidad estatal se requiere la concurrencia de estos dos presupuestos:

- (i) la existencia de un daño antijurídico y,
- (ii) que ese daño antijurídico le sea imputable a la entidad pública, bajo cualquiera de los títulos de atribución de responsabilidad -la falla del servicio, el daño especial, el riesgo excepcional-.

Frente al **daño antijurídico**, ha manifestado el máximo Tribunal de lo Contencioso Administrativo que para efectos de que el daño sea resarcible, requiere que esté cabalmente estructurado, de ahí que se torna imprescindible la acreditación de los siguientes aspectos relacionados con la lesión o detrimento cuya reparación se reclama<sup>3</sup>:

“i) [el daño] debe ser antijurídico, esto es, que la persona no tenga el deber jurídico de soportarlo; ii) que sea cierto, es decir, que se pueda apreciar material y jurídicamente – que no se limite a una mera conjetura–, y que suponga una lesión a un derecho, bien o interés legítimo que se encuentre protegido el ordenamiento jurídico, y iii) que sea personal, es decir, que sea padecido por quien lo solicita, en tanto se cuente con la legitimación en la causa para reclamar el interés que se debate en el proceso, bien a

---

<sup>2</sup> Sentencia del 23 de enero de 2003 Consejero Ponente, Alier Eduardo Hernández Enríquez.

<sup>3</sup> Sentencia del 25 de abril de 2012 Consejero Ponente, Enrique Gil Botero. “/.../ sólo habrá daño antijurídico cuando se verifique una modificación o alteración negativa fáctica o material respecto de un derecho, bien o interés legítimo que es personal y cierto frente a la persona que lo reclama, y que desde el punto de vista formal es antijurídico, es decir no está en la obligación de soportar porque la normativa no le impone esa carga. /.../”.

través de un derecho que le es propio o uno que le deviene por la vía hereditaria.”

### **Responsabilidad del Estado por Falla Médica.**

La Sección Tercera del Honorable Consejo de Estado ha dejado sentada una posición en materia de responsabilidad del Estado por la prestación del servicio de salud, definiéndola como una responsabilidad de tipo subjetivo bajo el título de imputación de falla probada del servicio, de suerte que para acreditar dicha responsabilidad es menester acreditar la existencia de la falla alegada, el daño antijurídico cuya reparación se reclama y el nexo de causalidad entre uno y otro<sup>4</sup>. Así, el Alto Tribunal<sup>5</sup> ha referido que la carga de la prueba del nexo causal entre la falla y el daño corresponde en principio al demandante, pero que dicha exigencia debe ser analizada en cada caso en particular y moderada mediante la aceptación de la prueba indirecta de la responsabilidad, a través de indicios, admitiendo de esta manera la acreditación de una causa probable.<sup>6</sup>

Cabe señalar que la configuración de una falla en el servicio médico exige “*que se demuestre que la atención no cumplió con estándares de calidad fijados por el estado del arte de la ciencia médica, vigente en el momento de la ocurrencia del hecho dañoso*”<sup>7</sup>. Del mismo modo, deberá probarse que el servicio médico no ha sido cubierto en forma diligente, esto es, que no se prestó el servicio con el empleo de todos y cada uno de los medios humanos, científicos, farmacéuticos y técnicos que se tengan al alcance<sup>8,9</sup>.

### **Análisis del caso:**

La parte actora hace consistir la falla en el servicio médico en que el deceso de **SAMARY VIVIANA ANGULO RODRIGUEZ** ocurrió porque el personal de la E.S.E. Instituto de Salud de Bucaramanga E.S.E. ISABU, la E.S.E. Hospital Universitario de Santander y la Clínica Bucaramanga S.A., no le brindó la atención médica que requería de acuerdo con el dolor escapular, cuadro respiratorio por neumonía adquirida en comunidad y

<sup>4</sup> Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencias de: agosto 31 de 2006, exp. 15772, C.P. Ruth Stella Correa; de octubre 3 de 2007, exp. 16402, C.P. Mauricio Fajardo Gómez; del 23 de abril de 2008, exp. 15750; del 1 de octubre de 2008, exp. 16843 y 16933; del 15 de octubre de 2008, exp. 16270. C.P. Myriam Guerrero de Escobar; del 28 de enero de 2009, exp. 16700, C.P. Mauricio Fajardo Gómez; del 19 de febrero de 2009, exp. 16080, C.P. Mauricio Fajardo Gómez; del 18 de febrero de 2010, exp. 20536, C.P. Mauricio Fajardo Gómez y del 9 de junio de 2010, exp. 18683, C.P. Mauricio Fajardo Gómez, entre otras.

<sup>5</sup> Consultar sentencia del veintiocho (28) de febrero de dos mil trece (2013), C.P. Dr. DANILO ROJAS BETANCOURTH, Radicación número: 66001-23-31-000-2001-00063-01(25075)

<sup>6</sup> Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencias de: septiembre 13 de 1991, exp. 6253, C.P. Carlos Betancur Jaramillo; del 22 de marzo de 2001, exp. 13166, C.P. Ricardo Hoyos Duque; del 14 de junio de 2001, exp. 11901; de octubre 3 de 2007, exp. 12270, C.P. Mauricio Fajardo Gómez; de marzo 26 de 2008, exp. 16085, C.P. Ruth Stella Correa y del 4 de junio de 2008, exp. 16646, C.P. Ramiro Saavedra Becerra, entre otras.

<sup>7</sup> Sección Tercera, sentencia de 25 de febrero de 2009, exp. 17149, C.P. Ruth Stella Correa Palacio.

<sup>8</sup> Sección Tercera, sentencia de 11 de febrero de 2009, exp. 14726, C.P. Ramiro Saavedra Becerra.

<sup>9</sup> CONSEJO DE ESTADO, Sección Tercera, sentencia del veintiocho (28) de febrero de dos mil trece (2013), C.P. Dr. DANILO ROJAS BETANCOURTH, Radicación número: 66001-23-31-000-2001-00063-01(25075)

Tromboembolismo Pulmonar, por los que consultó, todo lo cual produjo su deceso por evento súbito de hipoxemia y colapso cardiopulmonar.

Procederá la Sala a determinar si en el caso bajo análisis, las pruebas allegadas al plenario resultan suficientes para demostrar que el personal médico de las entidades de salud demandadas incurrió en una falla frente a la atención brindada a la víctima; a efecto de determinar si la patología que finalmente causó su muerte tuvo relación directa con la atención prolijada a la paciente o si por el contrario la atención estuvo acorde con los síntomas que presentó.

### **Del Daño:**

En el plenario queda demostrado el deceso de la señora **SAMARY VIVIANA ANGULO RODRIGUEZ** ocurrido el día 04 de octubre de 2009, según se demuestra con el registro civil de defunción con indicativo serial No. 06464590, que obra a folio 36 del expediente, momento para el cual se encontraba interna en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica Bucaramanga S.A., según se advierte de la Historia Clínica inserta al proceso.

### **De la Imputación del daño y del nexo causal:**

➤ De las pruebas allegadas al plenario:

En cuanto a la imputabilidad del daño y su conexidad con la atención médica brindada a la señora **SAMARY VIVIANA ANGULO RODRIGUEZ**, acorde con las pruebas allegadas al plenario, se encuentra demostrado lo siguiente:

- Atención brindada por el Instituto de Salud de Bucaramanga ESE ISABU:

Consulta a la E.S.E ISABU el día 29 de julio de 2009 por cuadro clínico de 1 semana de dolor en zona escapular derecha y brazo derecho. Al examen físico se encuentra C/P: RsCsRs, murmullo vesicular audible, no sobreagregados, el resto se encontraba normal. Como diagnóstico se considera espasmo muscular. Plan: Metocarbamol 750 mg cada 12 horas Ibuprofeno 400 mg cada 12 horas. Recomendaciones.

Re consulta al Instituto de Salud (ISABU), el día 11 de agosto de 2009 en la que se consignó como indicaciones de la paciente, cuadros a repetición de dolor en área dorsal-escapular manejadas en múltiples ocasiones con analgésico, terapia física y relajantes musculares sin mejoría por lo que se considera dichos dolores se deben a hipertrofia mamaria. Al examen

físico se encuentra murmullo vesicular audible, no sobreagregados. Se observa hipertrofia bilateral y como diagnóstico se considera Hipertrofia Mamaria. Se ordena valoración por fisiatría y cirugía plástica.

- Historia Clínica de la atención brindada por la E.S.E. Hospital Universitario de Santander:

Epicrisis de atención: Fecha Ingreso: **24/09/2009** y Fecha Salida: 27/09/2009. Diagnóstico de Ingreso: Derrame Pleural Diagnóstico de Egreso: Neumonía Adquirida en la Comunidad.

Al ingreso se indica, paciente quien ingresa por cuadro de 5 días de dolor en pared posterior del hemitórax derecho y dolor sobesternal, con dolor pleurítico, **niega fiebre asociado a dificultad respiratoria**, el examen físico compatible con derrame pleural derecho a descartar absceso hepático.

- Ecografía de bases pulmonares: negativo para derrame.

- Ecografía de Abdomen: descarta absceso hepático.

- TAC de Tórax: Imagen sugestiva de neumonía adquirida en la comunidad.

Se da inicio a tratamiento antibiótico con mejoría significativa. Actualmente hemodinámicamente estable, sin signos de respuesta inflamatoria sistémica por lo cual se da salida con indicaciones de continuar tratamiento antibiótico y suspender lactancia materna. Plan: Salida, claritromicina cap 500 mg VO cada 12 horas x 7 días. Acetaminofén tab x 500 mg VO cada 8 horas. Signos de alarma para consultar.

**24/09/2009: 6.30 pm:** Ingreso a Urgencias: 24 Septiembre de 2009 a las 10:00 a.m. Motivo de consulta: "Dolor en el pecho derecho. Enfermedad actual: cuadro clínico de 4 días de evolución que inicia con dolor torácico tipo pleurítico en hemitórax derecho, no irradiado, de intensidad 5/5 en escala subjetiva, de curso progresivo que inicia en reposo y se exacerba con los movimientos sin factores atenuantes ni precipitantes. Al cuadro clínico descrito se asocia diaforesis el día de ayer, náuseas y anorexia. Niega fiebre, vómito y tos. Examen físico: paciente en regular estado general, con fascies algicas, orientada en persona, tiempo y espacio, SV: TA: 130/80. FC:120. FR: 29. Torax: simétrico, con adecuada expansibilidad, se encuentra disminución de frémito en base pulmonar derecha, la percusión es de resonancia simétrica en ambos hemitórax. A la auscultación se encuentra disminución del murmullo vesicular en ápex y base pulmonar derecha, no se auscultan roncus, estertores ni sibilancias. Abdomen: simétrico, plano, depresible, no se palpan masas ni megalias, ruidos intestinales presentes, dolor a la palpación de hipocondrio derecho, timpanismo a la percusión. Análisis: paciente adulta joven, sin antecedente previos ni factores de riesgo para enfermedad sistémica respiratoria que asiste por dolor torácico



pleurítico **sin otros síntomas asociados que a la auscultación no se evidencian crépitos** con disminución del frémito en base pulmonar derecho que correlacionando con ecografía de bases pulmonares y radiografía de tórax no hay infiltrados alveolares ni signos de derrame pleural, presencia de infiltrados intersticiales basal derecho y unas imágenes que impresionan para bronquiectasias aunque es difícil determinarlo mediante este estudio, hay ascenso del hemidiafragma y una inclinación del hemitórax derecho debido a posición antálgica. Presencia de leucocitosis con neutrofilia. Se evidencia discreta hepatomegalia dolorosa con atonía diafragmática que hace pensar en un posible absceso hepático, por lo que requiere estudios adicionales con ecografía abdominal con énfasis en hígado y se solicita TAC de tórax de alta resolución para estudio de bronquiectasias en lóbulo inferior. Por el momento se **administra tratamiento antibiótico** hasta confirmar neumonía adquirida en la comunidad en región basal derecha, ya que no cumple con los criterios. Como diagnóstico se consigna Idx: Dolor torácico en hemitórax derecha secundario - Absceso hepático. Bronquiectasias de base pulmonar derecha. Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica de foco séptico a determinar.

Se decide hospitalizar a la paciente, suministra Ranitidina y Acetaminofen. Se ordena ecografía abdomen con énfasis hepatobiliar. TAC de tórax de alta resolución. Parcial de orina. Hemocultivo, creatinina, fosfatasa alcalina. CSV-AC 25/09/09:

En valoración por Medicina Interna se consigna: Paciente pasa adecuada noche, durante su evolución presenta **pico febril 39°C**, con dificultad respiratoria, no emesis, no cefalea, diuresis (+). deposiciones (+). Objetivo: SV: TA: 140/70. FC: 126. FR: 30. T: 39°. C/P: torax simétrico, normoexpansible, RsCsRs taquicardicos, murmullo vesicular disminuido en base pulmonar derecha, disminución del fremito táctil en base pulmonar derecha. Abdomen: blando, distendido, no doloroso, cicatriz infraumbilical, cesarea mediana, no masas no megalias, Rxis (+), no irritación peritoneal. Análisis: paciente joven femenina con diagnóstico de dolor torácico en hemitórax derecho con reporte de laboratorios que evidencian leucocitosis de 16700 x mm<sup>3</sup>, además de esto TAC de alta resolución que muestra broncograma + zonas de atelectasia en bases pulmonares sumado a esto paciente con clínica de taquicardia, taquipnea y fiebre, se decide realizar antibioticoterapia cubrimiento de gérmenes típicos y atípicos con claritromicina IV.

Se ordena continuar en observación médica y manejo instaurado Plan: Claritromicina cada 12 horas. Ranitidina cada 8 horas. Acetaminofén cada 6 horas. Pendiente hemocultivos. Curva térmica cada 4 horas.

**25/09/2009:** 5:30: En el segundo día de hospitalización **se diagnostica Sepsis: neumonía adquirida en comunidad** (foco probable) vs Absceso hepático a estudio.

Paciente refiere continuar con dolor torácico de tipo pleurítico, con disnea, tos, diarrea y vómito. Diuresis (+). Deposición (+). Tolera via oral. SV: TA: 140/80. FC: 120. FR: 32. Torax: simétrico, expansibilidad simétrica, con egofonia y pectoriloquia en hemitórax derecho, sin matidez a la percusión, murmullo vesicular disminuido en campo pulmonar derecho, no hay estertores, roncus o sibilancias. Abdomen: con dolor a la palpación profunda en hipocondrio derecho, hay hepatomegalia a 4 cm del reborde costal, signos de irritación peritoneal negativos. Reporte de Eco abdomen: Normal. TAC tórax: ocupación alveolar en la base del lóbulo inferior derecho con derrame pleural leve. Análisis. Paciente adulta joven con signos sugestivos de SRIS taquipneica, taquicardica, de momento afebril, pero con marcada dificultad respiratoria, TAC de tórax reporte ocupación en segmento basal de lóbulo inferior derecho, acompañado de derrame pleural leve, siguen pendientes hemocultivos. Plan: Ampiclina Sulbactam. Claritromicina. Ranitidina. Acetaminofen. Gammagrafia Hepática. ALAT - ASAT - Fosfatasa Alcalina -Bilirrubina - Cuadro Hemático - Pendiente hemocultivos.

**25/09/2009:** 11:15 pm: Se atiende al llamado de enfermería quienes refieren que la paciente se queja de dolor torácico intenso. Pasan UR en bolo y luego continuar 500 cc por hora x 4 horas. Metronidazol 500 cada 8 horas. SS GASA. Valoración por UCI.

**26/09/2009 3:00:** Paciente con mejoría del dolor. TA: 130/80. FC: 130. FR: 30. Afebril, cardio -pulmonar.

**26/09/2009 4:30:** TA: 140/80. FC: 140 FR 28. Afebril. Plan: Lactato Ringer 200cc/hora. Gases: Ph\* 7.46. PCO2:26.6 PO2: 103. SO2: 98.2%. HCO3: 18.5. PIF: 4903. Alcalosis respiratoria compensada con acidosis metabólica.

**26/09/2009 5:40:** TA: 140/80. FC: 140. FR: 26. Afebril. Abdomen: sin signos de irritación peritoneal, paciente refiere mejoría del dolor, leve tiraje supraesternal, algo de palidez mucocutánea, se administró un bolo de Lactato Ringer. Lactato Ringer Bolo 1000 cc y continuar 200 cc /hora. Pendiente valoración en UCI.

**26/09/2009: 10:45** Evolución de Medicina Interna. Día 2 de hospitalización. Idx: Sepsis de origen urinario y pulmonar: IVU? - **Neumonía basal derecha**. Subjetivo: Paciente pasa regular noche, presenta dificultad respiratoria, diaforesis, niega nuevo episodio febril, niega emesis y cefalea, diuresis (+), deposición (+). Objetivo: Paciente en regulares condiciones generales, TA: 140/90. FC: 120 FR: 20. C/P: torax normoexpansible, RsCsRs taquicardicos, no polipnea, se ausculta estertores, roncus y disminución de murmullo vesicular en campo pulmonar derecho de predominio basal. Abdomen: blando, depresible, no doloroso, no irritación peritoneal, Rsis (+), no masas no megalias. Análisis: Paciente adulta con

diagnóstico de sepsis urinaria vs pulmonar, a quien inicialmente se había sospechado de origen intrabdominal, no se considera que haya proceso infeccioso hepático por lo que no se suspenderá antibiótico Ampicilina, S metronidazol, se considera que foco infeccioso puede corresponder a tipo urinario razón por la cual se reinician antibióticos con clindamicina, se suspende igualmente realización de gammagrafía hepática. Paciente en el momento con mejoría de parámetros, sin embargo, se sigue considerando cursa con SRIS, pendiente valoración por UCI, se continúa vigilancia estricta y manejo antibiótico. Plan: Claritromicina 500 mg cada 12 horas. Ampicilina Sulbactam 3 gr cada 6 horas. Ranitidina. Acetaminofen. Pendiente hemocultivo. Pendiente valoración UCI. Suspender metronidazol. Suspender gammagrafía hepática. Control térmico cada 4 horas. MNB con 1 cc de salbutamol + 3 cc de SSN cada 8 horas. Terapia respiratoria con incentivo drenaje postural 1 vez al día.

**26/09/2009 18:26:** Se cancela valoración por UCI, "**por que no tiene criterios pues si bien persiste polipnea no hay hipoxemia, ni inestabilidad hemodinámica**" –*aparte transcrito de Dictamen de Medicina Legal y Ciencias Forenses*<sup>10</sup>.

**27/09/2009 9:00:** Evolución medicina interna: Idx: neumonía adquirida en comuniad. Refiere dormir bien, deposiciones (+), diuresis (+), no fiebre SV: TA: 120/80. FC: 78. FR: 14. C/P: RsCSRs no soplos, pulmones bien ventilados, con estertores finos ocasionales en base pulmonar derecha, **sin signos de dificultad respiratoria**. Plan: Se ordena salida de la paciente. Claritromicina. Acetaminofen. Signos de alarma para consultar. Epicrisis de atención:

**Fecha Ingreso: 30/09/2009. Fecha Egreso: 03/10/2009.**

Diagnóstico de Ingreso: Neumonía Adquirida en la comunidad complicada TEP?. Hipertensión Pulmonar? Diagnóstico de Egreso: Tromboembolismo pulmonar masivo - Hipertensión Pulmonar. Paciente con clínica aproximada de 10 días de evolución, caracterizado por disnea dolor pleurítico un pico febril, consulta inicialmente se considera NAC iniciando manejo antibiótico con mejoría sintomática por lo que se da egreso y terminación del tt0 ambulatoriamente. Reingresa el día 30-09-09 con clínica de aumento súbito de la disnea, dolor pleurítico, taquicardica, taquipneica, sin nuevos picos febriles, consumo de ACOS actualmente, se considera probable TEP por lo que se solicita Eco TT que informa presión pulmonar de 75, insuficiencia tricuspidea II, dilatación e hipertrofia de ventrículo derecho. TAC con protocolo TEP: con evidencia de TEP masivo. Se inicia manejo con heparina bolo de 5000 U y luego 1200 U / hora. Requiere de manejo en UCI con posibilidad de trombolisis o trombolectomia.

---

<sup>10</sup> Visible a folios 630 a 639.

Ingresa a urgencias el día **30/09/2009** a las 23:00. Paciente de 22 años con antecedente hace 1 semana de hospitalización por NAC actualmente con manejo ambulatorio con Claritromicina cada 12 horas, ingresa por cuadro de dificultad respiratoria súbita de aproximadamente 1 hora, asociado a tos hemoptoica, no fiebre Examen físico: TA: 100/80. FC: 140 FR: 30. Torax: simétrico, RsCs taquicardicos, disminución de murmullo vesicular en ACP, frémito vocal disminuido, no tirajes, SaO2 88%. Paciente adulta joven con antecedente hospitalización hace 1 semana por cuadro neumónico, quien ingresa por cuadro súbito de dificultad respiratoria, al examen físico taquicardia, taquipneica, desaturada, con hipoventilación bibasal, se considera posible persistencia de cuadro neumónico, se solicitan laboratorios y valoración por medicina interna.

**30/09/2009: 23:50:** Medicina Interna: EA: cuadro clínico de aproximadamente 10 días dolor costal derecho pleurítico, sin tos, sin fiebre al inicio del cuadro disnea al quinto día un pico febril y con tratamiento antibiótico, al día posterior de la fiebre **presenta una evolución de mejoría de los síntomas, egresada con mínima disnea**, refiere un nuevo episodio febril, el día de hoy presenta dolor torácico, con disnea reposo.

- Bilirrubina Total: 0.93 Indirecta: 0.72. Directa: 0.21. - Cuadro Hemático: Hb: 9.4 Hcto: 28.8 Leucos:13700 N: 74%. L: 25%. - PCR: 384. - ASAT: 42 ALAT: 39 Fosfatasa Alcalina: 106 LDH:421. - Hemocultivos: Negativo. - Creatinina: 0.65. - Ecografía Abdomen: Normal. - TAC Tórax: prominencia de la pulmonar, con aéreos de ocupación alveolar en lóbulo inferior basal, con leve derrame pleural derecho. - Rx de Tórax: **Derrame pleural derecho con etiología a establecer.** - Ecografía de bases pulmonares: negativo para derrame pleural. Examen Físico: RsCs rítmicos, sin soplos, murmullo vesicular adecuado en ambos campos pulmonares con crepita estertores de pequeña burbuja basal derecha, no tirajes. Diagnóstico: TEC - NAC- HT pulmonar. Tratamiento. **TAC con protocolo para TEP.** Ecocardiograma TT. EKG. Creatinina. El 1/10/2009: 4:00: EKG: inversión de la Onda T en V1 y V2. x con opacidad base derecha. Paciente con mejoría de la disnea con taquicardia sinusal. Afebril.

**01/10/2009:** Medicina Interna: Taquicardia sinusal - Ecocardiograma con Hipertensión Pulmonar y dilatación de cavidades derechas, **TAC muestra trombo arteria pulmonar izquierda.** Se ordena remisión a UCI con posibilidad de trombolisis, en el momento con heparina en infusión. El 01/10/2009: 9:30: Dx: TEP masivo. Paciente refiere disnea en reposo, dolor pleurítico, diuresis. EF: SV: FR: 28 FC: 108 TA: 130/100. C/P: RsCSRS: no soplos, hipoventilación base derecha con estertores. Adulta joven con clínica de disnea, dolor pleurítico, ECP TT falla cavidades derechas y **TAC que confirma TEP masivo, se inicia manejo con heparina y remisión a UCI.** Tratamiento: suspende Enoxaparina. Heparina 5000U ahora y continuar con 1200 U cada hora. SS: TP - TPT. Suspende ACOS. Ampicilina Sulbactam cada 6 horas. **Valoración en UCI. El 01/10/2009: 12:30 fue**

valorada por UCI pero no hay cubículo en el HUS; remisión a UCI externa.

El **01/10/2009: 19:55. Paciente con TEP**, con signos de sobrecarga del ventrículo derecho al momento con dolor torácico, orgánicamente estable, con mejoría de su disnea, en quien llegan controles de TPT que muestra aumento de > 2.5 veces al valor normal, por lo cual **se ajustara heparina no fraccionada**, pendiente consecución de UCI prioritaria. Tratamiento: Heparina no fraccionada 1000 U cada hora. Pendiente UCI.

**01/10/2009: 20:10:** En ronda se decide iniciar estudio para síndrome de hipercoagulabilidad por lo cual se solicita: ANAS, **anticoagulante** lúpico. Factor V de Leiden. RCPA, Proteína C, Proteína S. Antitrombina III, Anticardiolipina. 02/10/2009: 8:55: TP: 11.9 TPT: 47 INR: 1.22. **DX: TEP - Falla de cavidades derechas secundario a primero.** Disminución de dolor torácico - leve mejoría disnea aun siendo importante exacerbada por pequeños esfuerzos. Adulta joven con TEP masivo actualmente con manejo con heparina 1000 U por hora - Pendiente remisión a UCI. Estable hemodinámicamente, leve mejoría del dolor torácico y de disnea, pendiente control de TP y TPT, se continuará con igual tratamiento. Tratamiento Heparina 1000 U por hora. Pendiente remisión a UCI. Pendiente TP y TPT. Ampicilina Sulbactam 375 mg cada 12 horas.

**02/10/2009: 21:00:** Refiere dolor torácico de intensidad moderada, disnea leve. SO<sub>2</sub>: 96% FC: 110 FR: 24 RsCsRs no soplos, murmullo vesicular conservado en ACP. hipoventilación bibasal + crepitos. Paciente adulta joven con **Diagnostico TEP** masivo actualmente hemodinámicamente estable, pendiente consecución UCI externa. SS: GASA.

**03/10/2009: 11:20:** TEP masivo - Dolor torácico tipo pleurítico, disnea de igual intensidad ayer. RsCs rítmicos, no soplos, murmullo vesicular disminuido en ACP bases, taquipnea. Adulto joven con TEP masivo, quien ha permanecido estable, a espera de ubicación en UCI, manejo con heparina, ultimo control TPT: 47. **Se realizará Eco de miembros inferior para descartar Trombosis Venosa Profunda como causa de Tromboembolismo Pulmonar**, igual pendiente realizar paraclínicos de estudio para trombofilia.

- Resumen de Historia Clínica realizada en Clínica Bucaramanga:

**03/10/2009:** Urgencias: Paciente con cuadro clínico de aproximadamente 15 días caracterizado por dolor pleurítico, fiebre y disnea, diagnostico: NAC II B, manejada en HUS con mejoría 4 día y egreso 30/09/2009: Reingresa por disnea súbita, desaturación dolor torácico, sospecha de TEP, ecocardiograma TT que evidencia Hipertensión Pulmonar Severa y dilatación cavidades derechas - TAC con protocolo para TEP: reporta TEP bilateral de

predominio izquierdo, inicia manejo con HNF y remisión manejo en UCI x aumento de riesgo de complicaciones. EF: Hemodinamicamente estable, leve disnea, dolor toracico. C/P: RsCs rítmicos, sin soplos, pulmones levemente hipoventilados, sin agregados, sin ritmo de galope. Extremidades: eutróficas, sin edemas Homman. Tratamiento: **subir a UCI**. Líquidos. SS: Ch, TPT, TP, GASA, Funciona renal, Ionograma, Parcial de orina, EKG, Rx de torax, Doppler Venoso de Miembros Inferiores.

**Nota de Ingreso a UCI: 03/10/2009.** Femenina de 22 años, remitida de HUS con diagnóstico de tromboembolismo pulmonar para manejo trombolítico en UCI, hace 12 días inicio dolor torácico y disnea, no tos no expectoración. En HUS hospitalizada con Diagnóstico de Neumonía Adquirida en la Comunidad por 4 días egreso con tratamiento ampicilina sulbactam - Claritromicina. Hace 3 días disnea súbita en reposo por lo que nuevamente es llevada al HUS, le realizaron estudios complementarios: TAC con protocolo TEP: Tromboembolismo pulmonar bilateral de predominio izquierdo. Ecocardiograma TT. Hipertensión pulmonar. Insuficiencia Tricuspeida GII. Hipertrofia de Ventrículo Derecho. Manejada con heparina, remiten para UCI por no disponibilidad. Examen físico Taquipneica con O2 por ventury. TA: 132/101. FC: 105. FR: 24. RsCs: rítmicos, sin soplos, hipoventilación bibasal sin agregados. TP: 11.5 TPT:37.9. INR:0.8. Hb.:10.4 Hcto: 32.8. Leucos: 10600. Plaquetas: 120000. Creatinina: 0.74. BUN:17.6. Sodio: 140. Potasio: 4.1 Cloro: 101. Ph:7.44. PO2: 169. PCO2: 36.9. HCO3: 24.8. EKG: ritmo sinusal, FC: 100, cambios isquémicos en cara inferolateral. Rx de torax: dilatación de cavidades derechas espirada para valorar infiltrados. TAC con protocolo para TEP TEP masivo bilateral de predominio izquierdo sin signos de Hipertensión Pulmonar, infiltrados bibasales con áreas de consolidación subpleural y broncograma aéreo. Análisis: Paciente joven con cuadro de dolor pleurítico y disnea con sospecha inicial de neumonía sin clínica florida para esta entidad, con confirmación de **tromboembolismo** con criterios de riesgo intermedio, **sin causa ni origen claro del mismo**, en el momento estable hemodinamicamente, con anticoagulación incompleta por lo que deben tomarse tiempos de control en 6 horas, requiere manejo en UCI para monitoreo y definición de realización de trombolisis sistémica vs local + trombolectomía Plan: Troponina, monitoreo continuo en UCI. valoración por cardiología - hemodinamiapara definir vía de trombolisis.

**Octubre 3 de 2009: 11:36 pm.** Diagnóstico: Insuficiencia respiratoria aguda. Tromboembolismo Pulmonar (predominio izquierdo). Hipertensión Pulmonar Severa (74 mmHg). Insuficiencia Tricuspeida GII. Objetivo: Sin dolor ni disnea. TA: 121/89. FC:87 FR:22. Alerta, sin signos clínicos de dificultad respiratoria ni falla cardiaca, ruidos cardiacos rítmicos, murmullo vesicular presente con disminución bibasal, buena perfusión distal, sin edema. Análisis: Paciente con clínica de TEP hace 11 días de evolución que cursa con clínica de insuficiencia respiratoria insidiosa que es manejada como neumonía inicialmente y luego

se confirma TEP, sin evidencia hasta el momento de trombosis venosa profunda de miembros inferiores en el momento con PAFI 420 sin soporte inotrópico, ni ventilatorio, mejoría con oxígeno suplementario. Plan: **“Los reportes de literatura indican que la trombolisis ofrece riesgo que no superan los beneficios, con alta posibilidad de sangrado central y poca mejoría cuando se tromboliza después de 48 horas de evolución.”**.<sup>11</sup> **Se considera trombolisis en caso de hipotensión o de falla cardiaca, en el momento continuamos anticoagulación y deberá ser evaluada conjuntamente con cardiología y hemodinamia el día de mañana.**

**4 de octubre de 2009: 6:41 am.** Paciente presenta evento súbito de hipoxemia, tos y colapso cardiopulmonar con SPO2: 70% TA: 109/70. FC: 82. FR: 22. Respiración agónica, BVM y se intuba previo 200MCG de fentanil, se inicia dopamina y se solicita a farmacia trombolítico, en el momento no se dispone del mismo, se comunica con el instituto del corazón para hemodinamia (flevotomía, fragmentación mecánica). La paciente presenta colapso con bradisistolia y ausencia de pulso, se inician maniobras de reanimación con adrenalina, atropina y masaje cardiaco 2 ciclos, saliendo a ritmo de perfusión se inicia norepinefrina y responde inicialmente. Posteriormente bradisistolia, nuevo ciclo de RCP saliendo a fibrilación ventricular, se desfibrila y sale a asistolia, nuevo masaje, se administra vasopresina, responde con taquicardia sinusal, cursa con ritmo de unión A-V y ausencia de pulso, nuevo ciclo de RCP adrenalina/atropina, bicarbonato en 3 ciclos sin respuesta con ausencia de ritmo de perfusión por más de 10 minutos por lo que se suspenden maniobras de RCP. **Análisis: Paciente con Tromboembolia Pulmonar confirmado, sin repercusión hemodinámica ni hipoxia inicial que presenta súbitamente colapso por shock obstructivo y falla ventricular derecha refractario a manejo.**

La atención dispensada a la señora **SAMARY VIVIANA ANGULO RODRIGUEZ** por parte de la E.S.E ISABU, la E.S.E. Hospital Universitario de Santander y la Clínica Bucaramanga S.A. fue objeto de estudio por parte del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses que en Informe Pericial de Clínica Forense No. GRCOPPF-DRNORIENTE-04284-2016 realizó una descripción pormenorizada de la misma, acorde con las Historias Clínicas elaboradas en cada una de tales entidades, concluyendo que **“La atención brindada a la paciente SAMARY VIVIANA ANGULO RODRIGUEZ por el equipo médico tratante, se ajustó a la Lex Artis.”**. **Inicia el Informe Pericial por realizar una descripción de las patologías diagnosticadas a la demandante definiendo el Dolor Torácico como “cualquier molestia o sensación anómala en la región del tórax”** cuyas causas más frecuentes que pueden poner en peligro la vida del paciente, se encuentra: la isquemia miocárdica,

---

<sup>11</sup> Aparte transcrito de Dictamen de Medicina Legal y Ciencias Forenses, visible a folios 630 a 639.

TEP, aneurisma, entre otras. Como causar de dolor torácico menos graves se incluyen: dolores osteoarticulares, derrame pleural, neuropatías intercostales, entre otras.

La **Neumonía Adquirida en la Comunidad** definida "**como una infección de los pulmones por una gran variedad de microorganismos adquiridos fuera del ambiente hospitalario y que determinan la inflamación del parénquima pulmonar y de los espacios alveolares.**". Dentro del diagnóstico de la enfermedad se encuentra la presencia de fiebre superior a 38.7° C, frecuencia respiratoria mayor de 25 por minuto, producción de esputo continuo durante el día, mialgias y sudoración nocturna en ausencia de inflamación e irritación orofaríngea y rinorrea. Dentro de las complicaciones más frecuentes de la neumonía se describieron el derrame pleural, la necrosis pulmonar con formación de abscesos y la afectación extrapulmonar.

El **Tromboembolismo Pulmonar –TEP-** fue descrito como "**...la oclusión parcial o total de la circulación pulmonar por un coagulo sanguíneo proveniente de la circulación venosa sistémica, incluidas las cavidades derechas...** La gran mayoría de los TEP son asintomáticos. Un porcentaje significativo de los mismos sospechados, ocasionalmente es fatal.". Dentro de los síntomas de mayor relevancia para la detección de la enfermedad, se indicó: Disnea súbita, dolor torácico y síncope. Como parte del tratamiento se describió "**Es muy poco probable que se logre establecer el diagnóstico de TEP con probabilidad del 100%.** Una buena aproximación es determinar la relación entre el beneficio derivado de iniciar terapia con un diagnóstico incierto y los riesgos que esta lleva consigo. – Existe excelente evidencia que demuestra la utilidad de la anticoagulación en el tratamiento del TEP. El riesgo de sangrado fatal es relativamente bajo y el balance riesgo beneficio está a favor de la anticoagulación. – El tratamiento de la enfermedad tromboembólica venosa incluye hospitalizar al paciente e iniciar Heparinas de Bajo Peso Molecular (HBPM)... Las HBPM constituyen una alternativa ambulatoria más costo – efectiva en grupos de pacientes con TVP y embolia pulmonar seleccionados por su bajo riesgo de complicaciones."

Finalmente, en el Informe Pericial de Clínica Forense se absolvieron algunas preguntas específicas realizadas en torno de la atención médica intrahospitalaria brindada a la paciente SAMARY VIVIANA ANGULO RODRIGUEZ, frente a las patologías por las cuales consultó en los Centros Hospitalarios demandados. El siguiente fue el cuestionario planteado al Perito Forense y sus respuestas:

**"CONCLUSIÓN**

*La atención brindada al paciente SAMARY VIVIANA ANGULO RODRIGUEZ por el equipo médico tratante, se ajustó a Lex Artis.*



**RESPUESTAS A INTERROGANTES ESPECÍFICOS**

1. Concepto médico legal, con el fin de determinar si en el presente caso se procedió con el protocolo medico establecido en la enfermedad Neumonía adquirida en la comunidad, y si esta, se atendió de manera oportuna, tardía u omisiva por parte de la ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER Y CLINICA BUCARAMANGA: teniendo en cuenta fechas de ingreso y egreso, incluyendo el alta emitida por el médico internista a la paciente el día 27 de septiembre de 2009. **R/: La atención medica recibida fue adecuada y basada en los protocolos establecidos para Neumonía Adquirida en la Comunidad.**

2. Concepto médico legal, para que se determine, si en el presente caso la ESE INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA "ISABU", en el diagnostico o registro realizado en la historia clínica de la paciente SAMARY VIVIANA ANGULO RODRIGUEZ, fue acertada por el médico que la atendió, o es la enfermedad determinada por la ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER, como fue la neumonía adquirida en la comunidad. **R/: El diagnóstico y el manejo realizado en la ESE INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA \*ISABU\* fue oportuno y adecuado y el diagnóstico y manejo dado en la ESE Hospital Universitario de Santander también fue oportuno y adecuado, ya que se trata de dos patologías diferentes.**

3. Concepto médico legal, previas copias de la historia clínica de la ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER, al igual que la historia clínica de la Clínica Bucaramanga, de fecha 3 y 4 de octubre de 2009, donde este centro diagnostica posibilidad de realizar TROMBOLISIS VS TROMBOLECTOMIA, y si el diagnostico transcrito por la Clínica Bucaramanga fue acertado. **R/: El diagnóstico y manejo en la ESE Hospital Universitario de Santander y en la Clínica Bucaramanga, fueron acertados.**

4. Concepto médico legal, previas copias de la ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER, al igual que la historia clínica del centro asistencial Clínica Bucaramanga. de fechas 3 y 4 de octubre de 2009 para que alleguen a este despacho la evaluación de las historias clínicas y se emita de manera clara, detallada y específica, el estado de salud en que ingresa la paciente SAMARY VIVIANA ANGULO RODRIGUEZ a la ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER, hasta que es remitida a la Clínica Bucaramanga, en el que se expongan los motivos del fallecimiento y que enfermedad origino este suceso. **R/: La Señora SAMARY VIVIANA ANGULO RODRIGUEZ ingresó en una situación clínica crítica por la patología y de igual manera el estado de salud con el cual fue remitida era crítico, porque de no haber sido así no requería de ingresar a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).**

5. Se emita un concepto, si la enfermedad neumonía adquirida en la comunidad cuando es tratada adecuada y oportunamente por profesionales de la salud idóneos, y con los medios tecnológicos apropiados en un centro asistencial, se puede recuperar, conservar o prolongar la vida del paciente que la posea. **R/: La evolución de una patología que en este caso es la Neumonía Adquirida en la Comunidad, depende de múltiples factores del individuo y su respuesta al manejo instaurado, así que esto es inespecífico y no se puede definir que**

**todos los pacientes que adquieren este tipo de enfermedades tengan que recuperarse en el 100% de los casos.**

*Así mismo, mediante el auto del 04 de marzo de 2015 se solicita:*

1. Solicitar al Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses que especifique cual es el tiempo de incubación de una neumonía adquirida por la comunidad. **R/: No es posible contestar, pues el curso de la enfermedad o la historia natural de la enfermedad depende de muchos factores (edad, situación socioeconómica, estado de salud, ocupación, etc), además depende del agente causal que también como se explica en la revisión de tema hay gran variedad.**

2. Si los signos y síntomas que refirió la paciente SAMARY VIVIANA ANGULO RODRIGUEZ, cuando fue atendida por la ESE ISABU corresponden a los signos y síntomas de la enfermedad conocida como neumonía adquirida por la comunidad causa última del deceso de la señora ANGULO RODRIGUEZ. **R/: Los síntomas con los que consultó a la ESE ISABU no corresponden a Neumonía Adquirida en la Comunidad. Cabe aclarar que la señora SMARY VIVIANA ANGULO RODRIGUEZ no fallece por una Neumonía Adquirida en la Comunidad sino por Tromboembolismo Pulmonar Masivo.**

3. Se especifique de cara a los signos y síntomas de la paciente cuando fue atendida por la ESE ISABU si las órdenes y tratamiento ordenado fueron acordes a los postulados de la lex artis mencionada. **R/: La atención recibida por la ESE ISABU se ajustó a la lex artis medicinae.”** (Se resalta por la Sala).

En curso del proceso se recibió igualmente la declaración de los médicos **ANA LUCIA MANTILLA ARCHILA** y **CESAR JULIO GARCÍA SANDOVAL** quienes dieron su versión frente a la atención brindada a la paciente **SAMARY VIVIANA ANGULO ARCHILA**, en los siguientes términos:

La Md. **ANA LUCIA MANTILLA ARCHILA** quien prestó sus servicios al HUS durante los meses de octubre a noviembre de 2009, mencionó:

*"CONTESTO la paciente ingresa al servicio de urgencias en compañía de su esposo según lo escrito con dificultad respiratoria por los antecedentes que escribo considere persistencia de infección respiratoria la ingrese nuevamente pedí laboratorios clínicos, indique suplencia de oxígeno por la dificultad respiratoria que presentaba, imagenología de tórax y valoración por medica interna ... (...) PREGUNTADO se le pone de presente a la testigo para que con visto al folio 453 nos indique que tipo de registro o información contiene dicho documento CONTESTO Por lo que reviso son anotaciones con hora y fecha de solicitud tanto a la EPS creo que de la paciente y al centro regulador de urgencias para valoración por UCI además fue valorada por UCI por el médico de UCI intraconstitucional (sic) que informa que no hay cubículo en el HUS hasta la fecha aparece el 3 de octubre que no hay cubículo desde el 1 de octubre desde las 12:45 PREGUNTADO doctora usted ha señalado que por los antecedentes de la paciente dio una impresión diagnóstica puede indicarnos a que antecedentes se refiere y señalaros cual fue la impresión diagnóstica CONTESTO manejo intrahospitalario de*

neumonía adquirida en la comunidad una semana antes del ingreso con medicamento claritromisina 500mg cada 12 horas ambulatorio y por las condiciones de dificultad respiratoria con hallazgos al examen físico taquicardia, taquinea y de saturación de oxígeno además hipoventilación vivasal consideré persistencia de cuadro neumónico en la paciente. PREGUNTADO. doctora puede indicarnos si esa conclusión a la que llegó fue una impresión diagnóstica o un diagnóstico CONTESTO impresión diagnóstica ... CONTESTO considero pero no es de mi responsabilidad estos diagnósticos ya que la paciente fue valorada una hora posterior al ingreso de urgencias en la que la atendí posiblemente la especialidad solicitada medicina interna además de mi diagnóstico inicial e imágenes diagnósticas solicitadas considero este diagnóstico por condiciones y evolución de la paciente PREGUNTADO doctora de acuerdo a respuesta anterior un paciente puede presentar una patología y esta a su vez ser concomitante con otra patología CONTESTO si vamos al caso de esta paciente **permaneció acostada todo el tiempo con poca actividad posiblemente si se puede presentar este diagnóstico trombo embolismo pulmonar no se moviliza la circulación venosa la circulación venosa en miembros inferiores es disminuida y puede desarrollar émbolos o trombos que pueden migrar y hacer esta patología simultánea con alteración respiratoria previa del paciente** PREGUNTADO doctora indíquenos, si es de su experticia, si estos tromboembolismos son un riesgo de todos los pacientes o de algún segmento de la población CONTESTO nuevamente si es un paciente que se moviliza poco permanece acostado con una patología previa que altera todo su sistema orgánico tanto inmunológico vascular **puede desarrollarse esta patología** PREGUNTADO doctora tiene usted conocimiento de un porcentaje de casos que hayan desarrollado trombo embolismo pulmonar de acuerdo a su experiencia o a la lectura científica CONTESTO porcentaje no tengo, pero dominio mayor en pacientes ancianos de tercera edad pero como explique previamente si hay una patología infecciosa traumática que condicione poca movilidad puede originar esta venosa de la circulación venosa y desarrollar estos émbolos ... en el año 2009 aparece registrada que ingresó con un diagnóstico de derrame pleural y una diagnóstico de egreso neumonía adquirida en la comunidad, según la descripción de la atención se le administro manejo antibiótico para dicha patología por imagenología de tórax con imagen sugestiva de neumonía se inicia tratamiento antibiótico con mejoría significativa aceptable termodinámicamente estable no signos de repuesta inflamatoria sistémica por lo cual se le da salida con manejo antibiótico del mismo espectro claritromisina capsulas cada 12 horas por siete días. Reingresando el 30 con dificultad respiratoria se solicitó la valoración por medicina interna con imagenología solicitada por esta especialidad sospechando trombo embolismo pulmonar y hacen este diagnóstico para lo cual se indicó manejo correspondiente y se solicitó la valoración por UCI respectiva. ... según su evolución previa a su egreso para UCI se dio tratamiento anticoagulante indicado tanto en la parte extra hospitalaria en servicio de urgencias como en cualquier UCI para este diagnóstico además del tratamiento antibiótico..."

El Médico **CESAR JULIO GARCÍA SANDOVAL**, quien para el año 2009 laboraba al servicio de la E.S.E Hospital Universitario de Santander como Médico Internista expuso:

"... la paciente ingresa el 30 de septiembre hecho por otro colega; el dando como primera impresión diagnóstica inicia anticoagulación con heparina de bajo peso molecular más Tomografía pulmonar para tromboembolismo (TEP) la paciente se le hace un diagnóstico definitivo por medio de la tomografía y del tromboembolismo pulmonar masivo. PREGUNTADO: de acuerdo a los signos paciente que manejo terapéutico se le brindó. CONTESTADO con el diagnóstico tromboembolismo pulmonar masivo se inicia heparina en infusión endovenosa unidades por hora y se remite a Unidad de Cuidado Intensivos para posible trombectomía además se cubre con antibiótico por antecedente de infección reciente oxígeno y monitoreo continuo de signos vitales. ... CONTESTADO la trombo procedimiento que consiste en aplicarle una sustancia al paciente en la sangre para lisar (destruir o trombolisar un cuagulo o trombo. Es un procedimiento de alto riesgo y que debe ser realizado

en cuidados intensivos por las posibles complicaciones (sangrado). La trombectomía es un procedimiento quirúrgico que consiste en llegar hasta el coágulo o trombo ya sea por vía vascular o cirugía abierta y removerlo se realiza en clínicas o instituciones de nivel 4 o alta complejidad, también con alto riesgo de complicaciones. (...) La trombolisis si se podía realizar en la UCI del HUS, pero aclarando que el día 1 de octubre cuando se hace la solicitud de traslado no hay cubículos disponibles en la UCI del Hospital (Fol. 412), por lo que se ordena trámite para remisión de UCI externa al Hospital. La trombectomía no se realizaba en el HUS para el 2009 PREGUNTADO Puede indicarnos de acuerdo a la historia clínica durante el lapso que se logró el traslado a UCI cual fue el manejo atención y soporte realizados en el HUS CONTESTADO. Durante ese periodo a la paciente se le siguió anticoagulando plenamente con **emparina (sic) endovenosa que era lo indicado por los protocolos de manejo en TEC.** al no disponer a la mano de las medidas mencionadas anteriormente, se siguió soportando con oxígeno, se siguió cubriendo con antibiótico y se solicitaron exámenes especializados para descartar un síndrome de hipercoagulabilidad en este paciente mientras le conseguían UCI, permaneciendo estable la paciente hemodinámicamente. (...) PREGUNTADO de acuerdo a la respuesta anterior y con soporte a la historia clínica puede indicarnos cuál era el avance de ese tromboembolismo pulmonar en el caso de esta paciente CONTESTADO el TAC realizado a la paciente evidencio un tromboembolismo pulmonar masivo (fol411) y el ecocardiograma una hipertensión pulmonar severa secundaria al TEC ... estos exámenes son especializados se tomaron las muestras pero los resultados en todas partes demoran mínimo unos 3 días para su reporte los exámenes solicitados fueron: anas, anticardiolipinas (...) diagnóstico de ingreso el derrame pleural, diagnóstico de egreso neumonía adquirida en la comunidad. Tratamiento recibido claritromicina y ampicilina sulbactam. Examen principal solicitado un TAC de tórax que mostró ocupación alveolar en base de pulmonar derecha **compatible con neumonía**, ecografía abdominal, cultivos. hemocultivos, urocultivos, parcial de orina, cuadro hemático (...). El tromboembolismo pulmonar **la mayoría es súbito** y se puede manifestar por una disnea severa, un dolor torácico un shock e inclusive la muerte hay gente que muere de forma súbita por un tromboembolismo pulmonar. PREGUNTADO de acuerdo a la historia clínica que se le ha puesto de presente hay un primer ingreso de la paciente con un diagnóstico de salida de neumonía adquirida en la comunidad y un segundo ingreso de la paciente a la HUS con un diagnóstico de salida de tromboembolismo pulmonar puede indicarnos porque se presenta estos dos diagnósticos. CONTESTADO **se da porque primero le da una neumonía que fue tratada la paciente mejora y le dan salida y 3 días después regresa con un tromboembolismo, se aclara que la neumonía puede favorecer tromboembolismos.** CONTESTO: la primera impresión clínica que aparece al ingreso del paciente 408 vto, es número uno tromboembolismo pulmonar, ósea el principal el número 1 es el que considera como la primera posibilidad diagnóstica. son impresiones clínicas y el médico colega coloca el tromboembolismo pulmonar como el número uno la epicrisis folio 400 hay un punto donde se hacen referencia las impresiones diagnósticas de ingreso que pueden ser descartadas o confirmadas en este caso el TAC realizado a la paciente no describe neumonía sino tromboembolismo pulmonar pasivo. PREGUNTADO dígame al despacho si la sintomatología de una neumonía adquirida en la comunidad son diferentes o son similares a los síntomas del TEP CONTESTADO. Son diferentes la neumonía es un proceso infeccioso que generalmente se acompaña de fiebre, escalofríos, malestar general, tos con expectoración, aclarando que **al reingresar la paciente el 30 de septiembre no refería tos ni fiebre.** PREGUNTADO: en el historial clínico que usted tuvo bien a analizar y tiene a su disposición en las epicrisis y en las notas de evolución para las fechas que fue atendida, la señora SAMARY VIVIANA aparecen las anotaciones requiere manejo en UCI con posibilidad de trombolisis o trombectomía. Dígame al despacho que consecuencias produce la no haber sido atendida desde el primer momento que se ordenó ser atendida por UCI. CONTESTADO: es claro que el manejo de un paciente con tromboembolismo pulmonar debe ser en cuidados intensivos para un mejor abordaje terapéutico y tratamiento de posibles complicaciones. También es claro que la tasa de mortalidad de tromboembolismo pulmonares es alta en todo el mundo

*aun siendo manejado en UCI y aun con procedimientos descritos anteriormente. La apoderada de la parte actora no tiene más preguntas.*

El Médico **CARLOS ALBERTO MALAGÓN HERRERA**, quien para la época de los hechos se desempeñaba como Director Médico de la Clínica Bucaramanga S.A., depuso sobre el trámite dado por dicha entidad al manejo de las Historias Clínicas de los pacientes y el procedimiento adelantado para la admisión de pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos de esa institución. (Fls. 552 a 553).

Finalmente se recibió la declaración de la señora DORIS MACÍAS DÍAZ, quien trabajó en la Clínica Bucaramanga S.A. atendiendo el manejo de las historias clínicas de los pacientes. (Fl. 582), y de las señoras INES ACUÑA DE CERVELON u MARÍA DEL CARMEN CAMARGO VARGAS, quienes declararon sobre las consecuencias emocionales y económicas que acarreó el deceso de la señora SAMARY VIVIANA ANGULO RODRIGUEZ para los demandantes.

Procede la Sala al análisis de la responsabilidad endilgada a la parte demandada, no sin antes recordar que acorde con lo expuesto por el Honorable Consejo de Estado<sup>12</sup>, la falla médica involucra tanto el acto médico propiamente dicho, entendido como la intervención del profesional en sus distintos momentos que comprende las etapas de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, como todas aquellas actuaciones previas, concomitantes y posteriores a la intervención profesional; actuaciones que integran el "acto médico complejo", con la clasificación de (i) actos puramente médicos; (ii) actos paramédicos, que corresponden a las acciones preparatorias del acto médico, y (iii) los actos extramédicos, en que se incluyen los servicios de alojamiento y manutención del paciente.

Frente al acto médico, que corresponde al tema sub examine, los resultados fallidos en la prestación del servicio médico, tanto en la etapa de diagnóstico, como en el tratamiento o en las intervenciones quirúrgicas, no configuran una falla del servicio que derive responsabilidad patrimonial, cuando esos resultados son atribuibles a causas naturales dentro de las que se encuentran aquellas enfermedades cuyos efectos nocivos no pueden ser modificados con la intervención médica, atendiendo causas propias del organismo del paciente que no respondió como se esperaba al tratamiento suministrado, o porque para la época de los hechos no se disponía de los conocimientos o de los elementos de orden científico requeridos encontrar una cura para la enfermedad, o porque tales elementos no se encontraban al alcance de las instituciones médicas del Estado.

---

<sup>12</sup> Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 23 de junio de 2010, exp. 19.101, C.P. Ruth Stella Correa Palacio

De esta manera, la falla del servicio médico se deriva, por ejemplo, de la omisión de utilizar los medios diagnósticos o terapéuticos establecidos por los protocolos médicos; por no prever, siendo previsibles, los efectos adversos de un determinado tratamiento; o bien, por no hacer el seguimiento que corresponde acorde con la evolución de la enfermedad con miras a modificar el diagnóstico o a ajustar el tratamiento inicialmente prescrito.

Las fallas originadas en un error de diagnóstico de las enfermedades y el consecuente error en el tratamiento se encuentran mayormente relacionadas con la indebida interpretación de los síntomas que presenta el paciente o la omisión por parte del personal médico en realizar los exámenes que resultaban pertinentes para el caso concreto. Así, cuando el diagnóstico no es conclusivo como consecuencia de que los síntomas guardan relación con varias afecciones, se configura una falla del servicio cuando no se agotan los recursos científicos al alcance para determinar con la suficiente precisión cuál es la enfermedad que sufre el paciente. Ha señalado el Máximo Tribunal de lo Contencioso Administrativo:

*"El respeto a tales deberes, que debe darse en todos los casos, es de máxima exigencia cuando el enfermo presenta un cuadro polimorfo en sus síntomas y signos, que haga difícil el diagnóstico, obligando a emitir únicamente diagnósticos presuntivos. En tales circunstancias deben extremarse los medios para llegar a formular un diagnóstico cierto. Deben agotarse los análisis y demás recursos de la medicina actual. Empero no es suficiente su solicitación; es preciso su realización en tiempo oportuno –sin dilaciones o demoras inútiles- y su posterior estudio por el médico..."<sup>13</sup>*

*En los casos en los que se discute la responsabilidad de la administración por daños derivados de un error de valoración, deberá estar demostrado que el servicio médico no se prestó adecuadamente porque se omitió interrogar al paciente o a su acompañante sobre la evolución de los síntomas que lo aquejaban; no sometió al enfermo a una valoración física completa y seria<sup>14</sup> omitió utilizar oportunamente todos los recursos técnicos a su alcance para confirmar o descartar un determinado diagnóstico<sup>15</sup>; dejó de hacerle el seguimiento que corresponde a la evolución de la enfermedad, o simplemente, incurrió en un error inexcusable para un profesional de su especialidad..."<sup>16</sup>*

En el caso sometido a consideración de la Sala, no hay duda de que se encuentra acreditado el daño alegado consistente en el deceso de la señora **SAMARY VIVIANA ANGULO RODRIGUEZ**; sin embargo, comoquiera que éste no es un elemento suficiente a partir del cual se pueda estructurar la imputabilidad que se alega, debe abordarse el análisis de la conducta de las entidades hospitalarias demandadas, en lo que se refiere a la prestación del

---

<sup>13</sup> MOSSET ITURRASPE, JORGE: Responsabilidad Civil del Médico, Editorial Astrea, Buenos Aires, 1985, 1º reimpresión, pág. 125 y 126. Tomado de la sentencia de fecha proferida el 3 de octubre del 2016 por el CONSEJO DE ESTADO SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO SECCIÓN TERCERA – SUBSECCIÓN "B", Consejero Ponente: Ramiro Pazos Guerrero, Expediente: 40057

<sup>14</sup> Consejo de Estado, sentencia de 10 de febrero de 2000, Sección Tercera. Exp. 11.878, C.P. Alier Eduardo Hernández.

<sup>15</sup> Consejo de Estado, sentencia de 27 de abril de 2011, Sección Tercera. Exp. 19.846, C.P. Ruth Stella Correa Palacio.

<sup>16</sup> *Ibidem*.

servicio médico y asistencial brindado a la paciente, con el fin de verificar si ese daño, del cual se derivan los perjuicios cuyo resarcimiento se pretende, les es imputable a título de falla en el servicio por omisión en la prestación de la atención o error de diagnóstico.

Al respecto, de las pruebas transcritas, advierte el Tribunal que en el presente caso no se configuró un error de diagnóstico, puesto que la señora ANGULO RODRIGUEZ fue atendida por cuenta de la E.S.E. ISABU, la E.S.E. Hospital Universitario de Santander y la Clínica Bucaramanga S.A., de acuerdo con la sintomatología que presentaba en cada una de las oportunidades por las cuales consultó y de acuerdo con la evolución de la enfermedad por la cual fue hospitalizada.

La revisión de la historia clínica *–transcrita con antelación–* da cuenta que la señora **SAMARY VIVIANA ANGULO**, de 22 años de edad, consultó inicialmente ante la E.S.E. ISABU el día 29 de julio de 2009 por dolor a nivel torácico posterior inespecífico no acompañado de síntomas respiratorios, el cual fue enfocado como un espasmo muscular, manejo que, acorde con las conclusiones del Informe Pericial de Clínica Forense fue adecuado. Se documentó además que, por la poca evolución frente a los síntomas iniciales, la paciente volvió a consultar el día 11 de agosto de 2009 haciendo énfasis en que no era el primer episodio sino que era repetitivo y que en las ocasiones anteriores había sido manejada con terapia física y analgésicos. En el segundo examen físico se observó hipertofia mamaria por la cual fue remitida a valoración por Fisiatría y Cirugía Plástica, manejo que, igualmente fue adecuado según lo dictaminado por el Instituto de Medicina Legal en cuyo Informe Pericial agregó: *"... en el examen físico observan hipertofia mamaria (senos grandes) que es una de las causantes de dolor a nivel de área dorsal y escapular por el peso y deciden remitirla a valoración por Fisiatría y Cirugía Plástica, enfoque que también fue adecuado basado en que se trata de un cuadro de dolor torácico inespecífico, sin una sintomatología acompañante que haga pensar en otra etiología..."* –Fl. 638-. Para el día 24 de septiembre de 2009, esto es, transcurridos más de un mes desde la última consulta en la E.S.E. ISABU, la señora SAMARY VIVIANA acudió al servicio de urgencias de la E.S.E. Hospital Universitario de Santander por cuadro de dolor torácico tipo pleurítico, sin síntomas respiratorios ni fiebre, por lo que, luego de realizado un examen físico detallado, se tomaron pruebas de laboratorio con el fin de orientar el cuadro de dolor torácico orientado hacia el sistema respiratorio y hepático, ordenándose la hospitalización de la paciente quien durante su estancia en el hospital presentó pico febril con hallazgos positivos en el examen físico en el sistema respiratorio que sumado a los resultados de los exámenes de laboratorio enmarcaron una neumonía adquirida en comunidad como diagnóstico emitido el 25 de septiembre de 2009, por el cual recibió tratamiento antibiótico endovenoso durante 3 días para evaluar respuesta y evolución, manejo que, según lo descrito en el Informe Pericial de Clínica Forense se **encuentra acorde a lo descrito en las guías de manejo para**

**Neumonía Adquirida en Comunidad en pacientes hospitalizado.** Existe evidencia igualmente que la paciente fue dada de alta el día 27 de septiembre de 2009 y que ello obedeció estrictamente a "...su adecuada evolución, ausencia de picos febriles, estabilidad hemodinámica..."<sup>17</sup>. Pasados tres días, el 30 de septiembre del mismo año, la señora SAMARY VIANA ANGULO reingresa a la ESE Hospital Universitario de Santander por cuadro súbito de dificultad respiratoria acompañada de tos con expectoración con sangre, se ordenaron exámenes de laboratorio que evidenciaron una patología a nivel cardiovascular y respiratorio, diagnosticando Tromboembolismo Pulmonar el día 1º de octubre de 2009, por el cual se dio inicio de manera inmediata a manejo con medicamento anticoagulante y se ordenó la remisión de la paciente a UCI. Por falta de disponibilidad se ordenó la remisión de la paciente a la Clínica Bucaramanga S.A. a donde ingresó el día 3 de octubre de 2009 y continuó manejo con medicación anticoagulante y valoración por UCI. Durante su estancia en la Clínica Bucaramanga S.A., SAMARY VIVIANA ANGULO no presentó mejoría padeciendo **súbitamente colapso por shock obstructivo y falla ventricular derecha refractario a manejo** que produjo su deceso. Para la Sala es importante destacar, tal y como se hizo en el Informe Pericial de Clínica Forense que, la historia clínica de la paciente documentó que "*la señora Samary Viviana Angulo Rodríguez fue admitida en la unidad de cuidados intensivos dos días posterior a su ingreso, pero a pesar de no estar en cubículo en esta área, siempre estuvo monitoreada y le dieron el manejo adecuado en cuanto a medicación y laboratorios adecuados para su patología.*"

De lo expuesto, en criterio de la Sala, no es posible atribuir fáctica o materialmente el daño causado a los actores en cabeza de las entidades demandadas, pues la paciente fue atendida desde un primer momento en consulta de urgencias de la E.S.E. ISABU, posteriormente en la E.S.E. Hospital Universitario de Santander y finalmente en la Clínica Bucaramanga S.A., ordenándose los exámenes que requería acorde con la evolución del cuadro clínico, siendo examinada y valorada, habiéndose brindado los tratamientos que los galenos estimaron necesarios para manejar la sintomatología que iba presentando en cada momento de su evolución.

Atendiendo el material probatorio allegado al plenario, la Sala considera, como quedó expuesto en párrafos precedentes, que la atención dispensada a la señora **SAMARY VIVIANA ANGULO RODRIGUEZ** estuvo acorde a la sintomatología presentada, teniendo en cuenta que los pacientes deben ser valorados en consideración a los signos locales y generales, siendo necesario el seguimiento de la evolución, como quiera que solo de esta manera se puede descartar la enfermedad. Esto fue precisamente lo que sucedió en el caso de la señora ANGULO RODRIGUEZ, pues según lo registrado en los apartes de la

---

<sup>17</sup> Tomado del análisis realizado por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses en Informe Pericial de Clínica Forense.



historia clínica transcritos, luego de primer ingreso al Hospital Universitario de Santander el día 24 de septiembre de 2009 y ante la adecuada evolución al tratamiento antibiótico se dispuso darla de alta, pero fue solo ante su reingreso al centro hospitalario con muestras de empeoramiento en las condiciones de salud que se dispuso de nuevo su hospitalización para tratar el cuadro clínico respiratorio y, ante el empeoramiento de la sintomatología, luego de varias valoraciones médicas y la práctica de nuevos exámenes especializados que se consideró la impresión diagnóstica de Tromboembolismo Pulmonar, por la cual le fue instalado medicamentos anticoagulantes desde el momento en que se tuvo sospecha de este padecimiento, lo que continuó luego de haber sido confirmado. No puede pasarse por alto que el tratamiento farmacológico prescrito en la primera consulta fue tolerado por el paciente, pues el empeoramiento de la sintomatología solo se hizo evidente en la segunda consulta realizada en el ingreso del 30 de septiembre de 2009, cuando se consideró la necesidad la impresión diagnóstica de TEP.

No puede decirse en este caso que la atención brindada a la paciente hubiera sido descuidada o negligente. Por el contrario, lo que advierte la historia clínica es que la señora SANARY VIVIANA ANGULO fue atendida en todo momento acorde con la sintomatología que presentaba, por lo cual se suministró el tratamiento adecuado con la evolución médica de la paciente el cual guardó relación con los resultados arrojados por cada una de las valoraciones médicas y los exámenes especializados que le fueron practicados. Así, ante la sospecha de una neumonía adquirida en comunidad, como diagnóstico acorde con los síntomas de dolor torácico en hemitórax derecho con reporte de laboratorios que evidenciaron leucocitosis de 16700 x mm<sup>3</sup>, y TAC de alta resolución que mostró broncograma y zonas de atelectasia, taquicardia, taquipnea y fiebre, la E.S.E. Hospital Universitario de Santander decidió realizar antibioticoterapia cubrimiento de gérmenes típicos y atípicos con claritromicina IV, tratamiento frente al cual presentó mejoría.

En virtud de lo anterior, resulta lógico pensar que no existían argumentos suficientes para sospechar, en la primera consulta médica realizada en los meses de julio o agosto en la E.S.E. ISABU, ni en la realizada el 24 de septiembre de 2009 en la E.S.E. HUS, la existencia de una patología diversa de aquella que había sido dada como impresión diagnóstica inicial de Neumonía Adquirida en Comunidad, dado los síntomas relacionados con dicha enfermedad, dentro de ellos, el pico febril –no característico en el Tromboembolismo Pulmonar-, siendo necesario continuar con una serie de exámenes que permitieran establecer la enfermedad de base que aquejaba el estado de salud de la paciente, tal y como se dispuso por parte del personal médico, ello por cuanto los síntomas tempranos no indicaban de forma inequívoca la existencia de una obstrucción de la circulación pulmonar a causa de un coágulo, habiéndose ordenado, como quedó referido anteriormente ampliar

el espectro de los antibióticos prescritos, ante la agudización en los síntomas, actuaciones estas que descartan la posibilidad de efectuar un juicio de reproche frente a la atención brindada por el personal médico.

La ausencia de un diagnóstico temprano sobre la presencia de un Tromboembolismo Pulmonar en el caso de la víctima no es suficiente para afirmar que los médicos encargados de la atención de la paciente incurrieron en un error de valoración inexcusable, porque no existe evidencia científica que permita afirmar que la sintomatología de dolor torácico tipo pleurítico en hemitórax, dificultad respiratoria y fiebre, estuviera asociada de manera inequívoca y exclusiva a dicha patología, más aún si se tiene en cuenta que, tal y como se indicó, dichos síntomas guardan relación con la impresión diagnóstica por Neumonía Adquirida en Comunidad que fue dada por el personal médico tratante durante la estancia intrahospitalaria de los días 24 a 27 de septiembre de 2009. Lo anterior aunado a que, tal y como lo destacó el Informe Pericial de Clínica Forense **“Es muy poco probable que se logre establecer el diagnóstico de TEP con probabilidad del 100%”** siendo una enfermedad cuya tasa de incidencia en personas jóvenes es de solo el 0.01% y solo del 1% en personas mayores de 60 años.

Sumado a lo anterior, se debe tener en cuenta la complejidad que puede presentar los diagnósticos a nivel no solo respiratorio sino también circulatorio que no corresponden propiamente a una tromboembolia, siendo solo a través del empeoramiento de los síntomas que puede pensarse en la existencia de una enfermedad que cause obstrucción circulatoria.

Cabe advertir que el diagnóstico, como elemento dentro de la atención médica, no puede arrojar resultados totalmente precisos, pues el mismo depende necesariamente de la evolución en la sintomatología presentada por el paciente y la respuesta a los tratamientos ordenados, de ahí que se requiera la realización de estudios y exámenes complementarios, pues de lo contrario estaría el profesional médico emitiendo un diagnóstico apresurado que igualmente puede resultar equivocado. Acorde con lo reseñado, no es dable concluir en todos los casos que el personal médico debe entregar un diagnóstico acertado desde la primera consulta, ya que, en muchas ocasiones, pese a los exámenes y controles, es posible que sea necesario hacer valoraciones aproximativas a la realidad de la patología, la cual solo puede ser detectada a partir de la evolución del paciente.

Tal y como ha quedado expuesto, la Sala no encuentra que las pruebas allegadas al plenario sean suficientes para demostrar que las entidades demandadas incurrieron en falla del servicio por error de diagnóstico o en el tratamiento prescrito durante la atención brindada a la señora **SAMARY VIVIANA ANGULO RODRIGUEZ**.

Para esta Corporación resulta necesario precisar que incluso, además de no aparecer demostrado que la ESE ISABU, la ESE HUS o la Clínica Bucaramanga S.A. incurrieron en error de diagnóstico en la atención médico asistencial brindada a la víctima, otra de las razones para concluir que no se encuentra demostrada la falla del servicio alegada por la parte actora, tiene que ver con la falta de certeza sobre la relación que pudo existir entre la Neumonía Adquirida en Comunidad y el Tromboembolismo Pulmonar.

En efecto, en el caso de **SAMARY VIVIANA ANGULO RODRIGUEZ** las pruebas allegadas al plenario no lograron esclarecer con total exactitud si el diagnóstico de TEP por cuyas complicaciones se produjo el deceso de la víctima, corresponde a una patología derivada de la Neumonía Adquirida en Comunidad, como diagnóstico de ingreso al servicio de urgencias del HUS -24 de septiembre de 2009- o una complicación de la misma tal y como lo sugieren los Mds. CESAR JULIO GARCÍA SANDOVAL y ANA LUCIA MANTILLA ARCHILA en sus declaraciones, o si, por el contrario, el Tromboembolismo Pulmonar corresponde a la enfermedad de base que aquejó a la señora ANGULO RODRIGUEZ desde un primer momento en que consultó en la ESE ISABU y posteriormente en la E.S.E. HUS para el mes de septiembre de 2009, por lo cual, no es posible hablar de la existencia de un error de diagnóstico como causa determinante del deceso de la víctima. En efecto, el Md. GARCÍA SANDOVAL, al ser indagado sobre la diferencia entre el diagnóstico de ingreso como Neumonía Adquirida en Comunidad y el Tromboembolismo Pulmonar como diagnóstico de egreso, acotó **"...se da porque primero le da una neumonía que fue tratada la paciente mejora y le dan salida y 3 días después regresa con un tromboembolismo, se aclara que la neumonía puede favorecer tromboembolismos"**. A su turno, la Dra. MANTILLA ARCHILA indicó frente al mismo tópico lo siguiente: **"... si vamos al caso de esta paciente permaneció acostada todo el tiempo con poca actividad posiblemente si se puede presentar este diagnóstico trombo embolismo pulmonar no se moviliza la circulación venosa la circulación venosa en miembros inferiores es disminuida y puede desarrollar émbolos o trombos que pueden migrar y hacer esta patología simultánea con alteración respiratoria previa del paciente"**.

En este panorama, lo que quedó demostrado con suficiencia es que la paciente, desde el primer momento en que acudió a los servicios de salud de la E.S.E. HUS con cuadro respiratorio fue atendida de forma acorde con la sintomatología presentada, atendiendo los exámenes practicados y siguiendo la evolución presentada al cuadro clínico. Frente al TEP, como diagnóstico de egreso, cuya complicación causó evento súbito de hipoxemia que determinó y posterior fallecimiento de la víctima, se demostró que la patología fue diagnosticada el día 1º de octubre de 2009, esto es, al día siguiente del segundo reingreso a la E.S.E H.U.S. y la misma fue tratada con medicamentos anticoagulantes desde esa misma

fecha, manejo que resultaba adecuado, tal y como lo destacó el Informe Pericial de Clínica Forense.

Es necesario hacer énfasis en que, tal y como se indicó, el Tromboembolismo Pulmonar – TEC-, como diagnóstico de egreso, cuyas complicaciones llevaron al deceso de la víctima, fue detectado en la atención médica brindada el 1º de octubre de 2009 por el HUS, como resultado de una Tomografía Axial Computarizada –TAC- que mostró un trombo en la arteria pulmonar izquierda de la paciente, lo cual, sumado a los síntomas clínicos de disnea, dolor pleurítico y los resultados de electrocardiograma, permitieron al personal médico confirmar el Tromboembolismo Pulmonar masivo, por lo que se dio inicio al manejo con anticoagulante mediante el suministro de heparina cada hora, realizándose la valoración por médico de UCI en esa misma fecha -1º de octubre de 2009- a las 12:30, según fue reportado en la Historia Clínica. De esta manera, no queda duda que, tal y como lo concluyó el Informe Pericial de Medicina Forense, aun cuando “ **la señora Samary Viviana Angulo Rodríguez fue admitida en la Unidad de Cuidados Intensivos dos días posterior a su ingreso, pero a pesar de no estar en un cubículo en esta área, siempre estuvo monitoreada y le dieron el manejo adecuado en cuanto medicación y laboratorios adecuados para su patología...**” por lo cual, no es posible atribuir la demora en la consecución de cubículo UCI como causa eficiente en el deceso de la paciente, puesto que, se insiste, SAMARY VIVIANA ANGULO recibió en todo momento durante su estancia en la ESE HUS y posteriormente en la Clínica Bucaramanga S.A. el manejo de medicación que requería su patología.

Así pues, al examinar el material probatorio aportado al proceso, la Sala no encuentra evidencia concreta e incontrovertible que el deceso de la señora **SAMARY VIVIANA ANGULO RODRIGUEZ** se hubiera presentado como resultado de una mala práctica médica, por lo cual, no se encuentra acreditada la falla del servicio aducida en la demanda, siendo lo procedente, **NEGAR** las súplicas de la demanda.

**Condena en costas:**

Habida cuenta que el artículo 55 de la Ley 446 de 1998 prevé que sólo hay lugar a la imposición de costas cuando alguna de las partes hubiere actuado temerariamente y, en el sub lite, no se evidencia actuación de esta naturaleza, en el presente asunto no habrá lugar a imponerlas.

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

**RESUELVE:**

- Primero. DECLARAR NO PROBADA** la excepción de CADUCIDAD DE LA ACCIÓN propuesta por el Municipio de Bucaramanga.
- Segundo. DECLARAR NO PROBADA** la excepción de FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA de la **Clínica Bucaramanga S.A. En Liquidación.**
- Tercero. DECLARAR PROBADA** la excepción de FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA propuesta por el **Municipio de Bucaramanga** y el **Departamento de Santander.**
- Cuarto. DENEGAR** las súplicas de la demanda que en ejercicio de la acción de reparación directa promovieron en contra de la ESE Instituto de Salud de Bucaramanga, la ESE Hospital Universitario de Santander y la Clínica Bucaramanga S.A., de conformidad con los argumentos expuestos en la parte motiva de esta sentencia.
- Quinto.** Sin condena en costas en esta instancia.
- Sexto.** En firme esta decisión, archívense las diligencias, previas constancias de rigor en el Sistema Justicia XXI.

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE. Aprobado en Sala según Acta No. 01 de 2023.**

**IVÁN MAURICIO MENDOZA SAAVEDRA**  
**Magistrado Ponente**

**(ausente con permiso)**

**SOLANGE BLANCO VILLAMIZAR**  
**Magistrada**

**Aprobado y firmado**  
**por medios digitales**  
**IVAN FERNANDO PRADA MACIAS**  
**Magistrado**

Firmado Por:

Ivan Mauricio Mendoza Saavedra  
Magistrado Tribunal O Consejo Seccional  
Contencioso 6 Administrativa  
Tribunal Administrativo De Bucaramanga - Santander

Ivan Fernando Prada Macias  
Magistrado  
Oral  
Tribunal Administrativo De Bucaramanga - Santander

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica, conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **5db66f3e2f29a40243e71f37978e3a8f342309f6bfd108de0a728115e6c1045a**

Documento generado en 08/02/2023 03:48:40 PM

**Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:**  
**<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>**