



REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO SEXTO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE POPAYÁN
Carrera 4 # 2-18, correo electrónico:
j06admpaya@cendoj.ramajudicial.gov.co

Popayán, Popayán dieciséis (16) de 2021.

Expediente No.: 19001-33-33-006-2015-00202-00
Demandante: LUZ AMANDA LOBOA GÓMEZ Y OTROS
Demandado: DEPARTAMENTO DEL CAUCA – EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NORTE 3 – HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ
Medio de control: REPARACIÓN DIRECTA

SENTENCIA N° 15

I. ANTECEDENTES

1. La demanda¹

Los señores (as) LUZ AMANDA LOBOA GÓMEZ identificada con C.C. No. 34.516.491; RONALL FERNANDO MOLINA LOBOA identificado con C.C. No. 1.149.684.967 y MARÍA CRUZ CANTONI identificada con C.C. No. 1.059.987.827, por medio de apoderado judicial y en ejercicio del medio de control de reparación directa, solicitan que se declare a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NORTE 3 E.S.E. – HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN – DEPARTAMENTO DEL CAUCA administrativamente responsables por los perjuicios causados con ocasión de la muerte del señor LUIS HENRY CARABALI CANTONI, el día 23 de julio de 2013, como consecuencia de la supuesta negligencia y desacertada atención médica recibida en las instituciones demandadas, lo que considera condujeron a la muerte del señor CARABALI CANTONI.

Como consecuencia de tal declaración, se les condene al pago de las siguientes indemnizaciones:

a. POR PERJUICIOS INMATERIALES

- PERJUICIOS MORALES:

¹ Folios 237-266 cuaderno principal.

Expediente No.: 19001-33-33-006-2015-00202-00
Demandante: LUZ AMANDA LOBOA GÓMEZ Y OTROS
Demandado: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE NORTE 3 – HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ
DE POPAYÁN
Medio de control: REPARACIÓN DIRECTA

2

La suma de CIEN (100) salarios mínimos legales mensuales vigentes para cada uno de los demandantes.

- PERJUICIOS A LA VIDA DE RELACIÓN:

La suma de CIEN (100) salarios mínimos legales mensuales vigentes para cada uno de los demandantes.

b. POR PERJUICIOS MATERIALES

- LUCRO CESANTE:

A favor de la señora LUZ AMANDA LOBOA GÓMEZ la suma de \$83.524.710.

- DAÑO EMERGENTE:

Por concepto de gastos funerarios la suma de \$1'800.000

1.1. Hechos que sirven de fundamento

La parte actora expuso como fundamentos fácticos, los siguientes:

Señala que el día 21 de julio de 2013, el señor MIGUEL ÁNGEL MINA, conducía el vehículo de placas JUF 284, donde se encontraban como pasajeros los señores LUIS HENRY CARABALI y MARIA E. VIAFARA, en estado de embriaguez y siendo aproximadamente las 20:00 horas, el vehículo en el que se movilizaban colisionó con otro vehículo y resultaron lesionados los señores LUIS HENRY CARABALI, MIGUEL ÁNGEL MINA y MARÍA E. VIAFARA, quienes fueron remitidos a al Hospital Norte 3 E.S.E. por el Benemérito cuerpo de Bomberos.

Refiere que las notas de enfermería establecen las reales condiciones del paciente a su ingreso, describiéndolo: "Ingresa paciente a sala de urgencias inconsciente, desorientado, sin responder a ningún estímulo."

De acuerdo a la historia clínica, a la 1:00 a.m. del 22 de julio de 2013, la ESE NORTE 3, comentó el caso con el CRUE CAUCA, para coordinar traslado a centro asistencial donde al paciente se le pide valoración con odontología y neurología, ya que hasta ese momento solo sospechaban de lesión en su cabeza y en evaluación de las 7:30 horas del 22 de julio de 2013 se hizo mención de examen al resto de órganos internos como los intra abdominales o intra torácicos, a pesar de ser un paciente politraumatizado. Luego a pesar de considerar que el paciente tiene un trauma cerrado de tórax y de

2

Expediente No.: 19001-33-33-006-2015-00202-00
Demandante: LUZ AMANDA LOBOA GÓMEZ Y OTROS
Demandado: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE NORTE 3 – HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de control: REPARACIÓN DIRECTA

3

abdomen que interrogan pero no hacen nada al respecto.

El CRUE no conseguía cupo para el paciente y el mismo se encontraba en proceso de remisión.

Indica que cuando se evaluó a las 19 horas, se anotó: “No aprecio ni observo complicación que represente riesgo vital”, sin solicitarse radiografía de tórax ni le realizan examen médico completo.

El 23 de julio de 2013, ingresó al Hospital Universitario San José de Popayán, dando como diagnóstico: “Trauma maxilar inferior, trauma maxilar superior y trauma columna cervical y el paciente fue llevado a TAC de cara, presentando inestabilidad y dificultad respiratoria sospechan de neumotórax a tensión pasan catéter para dar manejo al mismo pero no mejora, por lo que toman radiografía de tórax y descubren que el paciente presentaba hemotórax masivo izquierdo pero el paciente presenta un paro cardíaco que no es posible manejarlo y fallece a las 15:35 del 23 de julio de 2013.

Como diagnóstico de egreso en el HUSJ se consignó: “Hemoneumotórax y neumotórax”.

Sostiene que de acuerdo al informe pericial de necropsia realizado por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, se evidencia que ninguna de las entidades prestaron los servicios de salud al señor LUIS HENRY CARABALI CANTONI, hicieron un diagnóstico adecuado del daño que padecía el paciente y por lo tanto el paciente no recibió el tratamiento oportuno.

2. Contestación de la demanda

2.1. Del Hospital Universitario San José de Popayán².

Señala que el paciente LUIS HENRY CARABALI CANTOÑI, ingresó al HUSJ después de aproximadamente 38 horas de observación prehospitalaria, es decir que venía de otro centro médico, en donde no presentó ningún síntoma reportado en su historia clínica, para prever la necesidad de realizar la toma de radiografía torácica.

Refiere que en la historia clínica de remisión presentaba diagnóstico de trauma de cara, por lo que fue tratado las 37 horas anteriores, y los signos y síntomas aunados a la observación prolongada del paciente en sede de otra institución hospitalaria, llevaron a concluir de manera certera y precisa que la única evidencia clínica que existía en el paciente era la deformidad de la cara.

² Folios 306-312 del cuaderno principal.

3

Expediente No.: 19001-33-33-006-2015-00202-00
Demandante: LUZ AMANDA LOBOA GÓMEZ Y OTROS
Demandado: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE NORTE 3 – HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ
DE POPAYÁN
Medio de control: REPARACIÓN DIRECTA

4

Sostiene que según lo manifestado por médicos de la institución, en caso de traumas como el sufrido por el señor CARABALI CANTOÑI, los primeros 60 minutos después de las lesiones, son los más importantes y los que pueden comprometer la vida del paciente, superada dicha etapa se disminuye el riesgo, que en este caso, después de transcurrir más de 37 horas, superó el momento crítico y ante la ausencia de signos clínicos que comprometieran la región torácica, la toma de exámenes en aquella región no era el motivo de la consulta, ni revestida importancia, habida cuenta que existía una deformidad ostensible en la cara del paciente, sobre la que se centraron los tratamientos, exámenes y diagnósticos.

Señala que el paciente presentó un cuadro de insuficiencia respiratoria para el cual recibió toda la atención necesaria, de manera oportuna y suficiente.

Considera parcialmente cierto que fue a causa del evento súbito, imprevisible e inevitable que presentó el paciente se adoptaron medidas diagnosticas para entender el origen de la situación y que por ellas se haya determinado la existencia de una deformidad en hemitórax izquierdo, abombado hiperresonante y no expansivo, asociado a choque severo y con trastorno de sistema nervioso central con Glasgow 3/15. Arguye que no es cierto que el paciente haya presentado un solo paro cardiaco, pues según la historia clínica fueron tres eventos de este tipo los que se dieron y durante los cuales recibió maniobras de resucitación y tratamiento pertinente suficiente e idóneo.

De esta forma, se opone a las pretensiones de la demanda, dado que la atención dada al paciente se prestó desde el momento de su ingreso hasta su deceso, fue pertinente toda vez que el tratamiento que se le impartió consistió en acatar las razones de la remisión indicada por la entidad que lo atendió previamente.

Manifiesta en su defensa, que, no se obviaron atenciones para lograr la recuperación del paciente y ante un evento intempestivo o súbito, imprevisible y inevitable, como fue el presentado con insuficiencia respiratoria y paros cardiacos reiterativos, se le prestó toda la atención que se tenía disponible con tratamientos y procedimientos idóneos, sin lograr resultado favorable para su recuperación.

Hace referencia a la explicación suministrada por el Dr. JORGE HERRERA, médico cirujano que intervino al señor CARABALI CANTOÑI, respecto de las razones de la ocurrencia de ese evento súbito que conllevó a su muerte; relató el galeno que el episodio catastrófico con componente hemodinámico (sin presión arterial, sin gasto cardiaco) se da debido a que existe en el mediastino,

4

Expediente No.: 19001-33-33-006-2015-00202-00
Demandante: LUZ AMANDA LOBOA GÓMEZ Y OTROS
Demandado: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE NORTE 3 – HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de control: REPARACIÓN DIRECTA

5

tres compartimientos y en el compartimiento medio, donde esta parte de la aorta y la fijación de esta a la columna vertebral, existió un desgarró pequeño, imperceptible, que produjo una fuga lenta de sangre, formando un hematoma que más tarde se rompería hacia la parte torácica, produciendo la exsanguinación del paciente, situación que conlleva a una alta mortalidad.

Por la anterior declaración, considera que no existe falla en el servicio y la muerte del paciente responde a una consecuencia de sus lesiones, sobre las que el Hospital Universitario San José de Popayán, no tuvo una referencia clara de parte de quien observó al paciente en las 36 o más horas previas al ingreso a esta institución, y sobre la que no se tenían impresiones diagnósticas, ni signos de alarma o síntomas que lo advirtieran, convirtiéndose por ello en un evento imprevisible, imprevinible, que solo podía ser atendido en el momento mismo de su ocurrencia.

Como excepciones formuló las siguientes:

- Ausencia de acción u omisión del que pueda predicarse responsabilidad: el HUSJ a través de su equipo médico y asistencial, desplegó todas las acciones que estuvieron a su alcance para lograr la recuperación del paciente, que aquellas fueron dirigidas y asistidas por personal altamente calificado y que pese a haber dispuesto de todo su capacidad científica, técnica y logística no fue posible conjurar de manera efectiva dicho estado de salud.
- Fuerza mayor o caso fortuito: lo ocurrido en este asunto, fue la presencia de un hecho catastrófico imprevisible, que no estaba relacionado con la remisión que hiciera el primer centro médico que atendió al paciente y que no podía conocerse a través del examen físico integral que se le practicó al momento de su ingreso a la ESE, puesto que no existían evidencias clínicas de tal situación, pues sobre el paciente se requería una valoración ortopédica por odontología y sus signos vitales, su respiración sin dificultades, no permitían inferir el evento que luego se presentaría.

2.2. Del Departamento del Cauca³

A través de apoderada judicial contestó la demanda en los siguientes términos:

Se opone a las pretensiones, declaraciones y/o condenas de la demanda, por cuanto no se configura responsabilidad por los hechos que se demanda, el

³ Folios 324-377 del cuaderno principal.

Expediente No.: 19001-33-33-006-2015-00202-00
Demandante: LUZ AMANDA LOBOA GÓMEZ Y OTROS
Demandado: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE NORTE 3 – HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ
DE POPAYÁN
Medio de control: REPARACIÓN DIRECTA

6

Departamento del Cauca no tuvo a su cargo la prestación de los servicios de salud requeridos por el señor LUIS HENRY CARABALI CANTOÑI y por lo tanto ninguna responsabilidad en la ocurrencia de los hechos generadores del daño que se alega. Considera que tampoco existe la configuración del nexo causal entre el daño presuntamente producido y el hecho enunciado, generando la improcedencia de la responsabilidad aludida.

Señala que los profesionales que atendieron al señor CARABALI CANTOÑI no tienen ninguna relación jurídica con el Departamento del Cauca, no hacen parte de su planta de personal, es decir que no tienen ninguna vinculación legal y reglamentaria con la entidad, ni tienen vinculación contractual alguna mediante la modalidad de prestación de servicios, tampoco tienen relación alguna con la misión ni visión de la entidad.

Hace referencia al concepto técnico científico sobre el asunto objeto de estudio emitido por la Dra. CARMEN ROCIO BENTANCOURT HOYOS, profesional universitario centro regulador de servicios ambulatorios de la Secretaría de Salud Departamental:

Concluyó, que, la Secretaría de Salud Departamental del Cauca no era responsable de la prestación de servicios de salud ya que no se encontraba en la condición de participante vinculado en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, ni tampoco era responsable agotados los recursos de la cobertura dispuesta para la atención de víctimas de accidente de tránsito, ya que en ese momento sería la EPS ASMET SALUD la que debería haber garantizado la atención integral del usuario.

Señala que el Centro Regulador de Urgencias Emergencias y Desastres CRUE Cauca apoyó la referencia del paciente a una institución de mayor nivel de complejidad a partir de la solicitud realizada por la ESE NORTE 3, sin embargo, la responsabilidad médica de la atención era única y exclusivamente de los médicos tratantes del Hospital de Puerto Tejada. Entre la Secretaría de Salud Departamental del Cauca y la ESE NORTE 3 no ha existido contrato o convenio para la referencia y contrarreferencia de pacientes.

Que según la Resolución 00001220 del 8 de abril de 2010, el CRUE no tiene en sus funciones la prestación de servicios asistenciales ni cuenta con la posibilidad de establecer condiciones clínicas de los pacientes.

Sostiene que de acuerdo al archivo y la base de datos del Centro Regulador de Servicios Ambulatorios (CRAS) y de Urgencias (CRUE) no se encontró solicitud de autorización a nombre del señor LUIS HENRY CARABALI CANTOÑI.

6

Expediente No.: 19001-33-33-006-2015-00202-00
Demandante: LUZ AMANDA LOBOA GÓMEZ Y OTROS
Demandado: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE NORTE 3 – HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ
DE POPAYÁN
Medio de control: REPARACIÓN DIRECTA

7

Indica que la solicitud de remisión se realizó el 22 de julio de 2013 a las 2:34 a.m. durante el procedimiento de referencia se comentó en la Clínica La Estancia, el Hospital Universitario del Valle y el Hospital Universitario San José. Se consiguió cupo el día 22 de julio de 2013 a las 22:26 horas y se informó a la ESE NORTE 3 el 22 de julio a las 22:26 horas, la ESE NORTE 3 no notifica la hora de salida del señor Carabalí. El traslado se realizó al HUSJ, en donde ingresó el 23 de julio de 2013 a las 11:33 a.m.

Considera que la gestión del CRUE en cuanto al apoyo de la referencia del paciente LUIS HENRY CARABALI CANTONI a una Institución de mayor nivel fue oportuna y adecuada en cuanto gestionó la solicitud de cupo en las tres instituciones en donde era posible, estando a la espera y en continua insistencia para la confirmación del cupo para el paciente la cual se dio el día 22 de julio de 2013 a las 22:26 horas y se informó a la ESE NORTE 3 pero no notificó la hora de salida. El traslado se realizó al HUSJ donde ingresó el 23 de julio de 2013 a las 11:33 a.m.

Que según la nota de referencia realizada por la profesional RUTH ROSERO médico cirujano del hospital de Puerto Tejada, el apoyo solicitado al CRUE Cauca se dio para la referencia del paciente al servicio de OTORRINOLARINGOLOGÍA y ODONTOLOGÍA para manejo de del diagnóstico TRAUMA DE CARA, el cual no se relaciona con los hallazgos descritos en el informe pericial de necropsia y donde se relacionan las causas clínicas del fallecimiento.

Como excepciones formuló las siguientes:

- Falta de legitimación en la causa por pasiva: ya que dentro de las competencias del Departamento del Cauca a través de la Secretaría de Salud Departamental, no se encuentra la atención asistencial directa a las personas que ven afectada su situación de salud, deduciéndose de manera lógica y sistemática que no existe responsabilidad del Departamento del Cauca por los hechos narrados en la acción impetrada ni existe nexo causal entre el daño antijurídico que se solicita en reparación con las actuaciones administrativas del Departamento del Cauca CRUE ni Secretaría de Salud.

En ese sentido, indicó que previamente, los servicios de salud prestados al señor LUIS HENRY CARABALI CANTONI estuvieron a cargo de la ESE NORTE 3 y del HUSJ, cuyo objeto misional es la prestación de servicios de salud, en consecuencia, fueron dichas instituciones de salud las responsables de la prestación directa de los servicios de salud.

7

Igualmente, según el artículo 43 de la Ley 715 de 2001, no es competencia de las entidades territoriales departamentales la prestación directa de servicios de salud. La competencia atribuida a los departamentos, como entidad territorial, se circunscribe a la dirección, coordinación y vigilancia del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio de su jurisdicción.

- Inexistencia del derecho invocado y exclusión de la responsabilidad del demandado Departamento del Cauca: por cuanto no existe motivo que justifique el medio de control planteado en contra del Departamento del Cauca.
- Falta de presupuestos de responsabilidad por ausencia de nexo de causalidad por presentarse el hecho de un tercero: toda vez que el Departamento del Cauca no tuvo injerencia alguna para que las instituciones de salud prestaran los servicios de salud requeridos por el señor LUIS HENRY CARABALI, toda vez que estas cuentan con su personal profesional y auxiliar de la salud, médico y especializado y también administrativo.
- Ausencia del elemento axiológico del daño: la responsabilidad que se deriva del supuesto daño causado, tampoco está demostrada dentro de la demanda ni se establece con claridad en donde se debe evidenciar la intención dañina, o la negligencia o imprudencia que se observó por la acción u omisión en que haya podido incurrir el Departamento del Cauca.

2.3. De la Empresa Social del Estado ESE NORTE 3⁴

A través de apoderado judicial contestó la demanda en los siguientes términos:

Se opone a que se declare administrativamente y patrimonialmente responsable a la ESE NORTE 3 ya que dispuso de todo su cuidado y pericia para brindar una adecuada atención al momento de atender al paciente en su consulta, relacionado con trauma frente a la caída sufrida de un segundo piso (sic) y por tal razón no es llamado a responder por supuestos daños y perjuicios.

Respecto a los perjuicios materiales, el de daño emergente se opone toda vez que no fueron aportados al proceso prueba sumaria que acredite los gastos presuntos asumidos y los montos estipulados.

⁴ Folios 465-478 del cuaderno principal.

Como excepciones formuló las siguientes:

- Ausencia de daño imputable a la ESE NORTE 3: los perjuicios reclamados no pueden constituirse en enriquecimiento sin causa para quien los reclama y en caso de probarse debe estarse atento a las decisiones jurisprudenciales sobre la materia, las cuales han señalado que los perjuicios morales han de demostrarse.
- La obligación del médico es de medios y no de resultados: el médico tiene frente a su paciente una obligación de medios por tanto el compromiso es utilizar todos los elementos adecuados para la consecución del fin, sin poder ofrecer garantía sobre la curación del paciente. El médico solo se compromete con el paciente a colocar todos los medios a su alcance para efectuar un procedimiento.
- Inexistencia de error de diagnóstico: de conformidad con los signos y síntomas que arrojaba el paciente, el diagnóstico no fue errado; no obstante toda sombra de duda frente al comportamiento de la profesional de la medicina quien fuera la médico tratante, debe dejarse muy claro que no todo error en el diagnóstico equivale a culpa o negligencia.
- La inexistencia de responsabilidad de acuerdo con la ley: no existen hechos donde haya comprobación que se actuó en forma deficiente, imprudente, negligente o imperita en una acción u omisión que le produjera alguno al paciente señor LUIS HENRY CARABALI del hospital Nivel Uno punto de atención Puerto Tejada y ESE NORTE 3, consta que el personal médico actuó con diligencia y cuidado.
- Inexistencia del nexo causal: el accionar de la ESE NORTE 3 y el daño indemnizable, es necesario para que exista responsabilidad entre la culpa y el daño que exista una relación de causalidad, es decir que el daño sea consecuencia del dolo o la culpa.
- Adecuado diagnóstico conforme a la sintomatología presentada por el paciente: el ejercicio de la medicina, al igual que cualquier otra profesión se realiza conforme los postulados de la lex artis, los cuales dependiendo del estado actual de la ciencia son cambiantes, es decir, la praxis médica se ejecuta conforme a los principios de la medicina que rigen para el momento en que se utiliza y se actualizan a medida que van cambiando.

2.4. De La Previsora S.A. Compañía de Seguros⁵

A través de apoderado judicial contesta la demanda en los siguientes términos:

Considera que la parte demandante reclama exorbitantes indemnizaciones por supuestos perjuicios extrapatrimoniales que no solo son atribuibles a los demandados, sino que fueron tasados sobre sumas que desbordan los límites jurisprudencialmente establecidos para la compensación de este tipo de daño.

Como excepciones formuló las siguientes:

- Falta de legitimación en la causa por activa de la señora LUZ AMANDA LOBOA y de su hijo RONALL FERNANDO MOLINA LOBOA: ya que no existe prueba en el expediente de la unión marital de hecho entre ella y el señor CARABALI CANTOÑI, por lo tanto no ostenta la condición de compañera permanente ni está legitimada para ejercer la acción.
- Inexistencia de responsabilidad de la ESE NORTE 3: ya que según los documentos que ya obran en el expediente y el informe pericial de necropsia, el señor CARABALI sufrió como consecuencia del accidente de tránsito trauma craneoencefálico, trauma cerrado toraco abdominal severo de muy alta energía, hemotórax masivo, fracturas costales múltiples, ruptura traumática de la aorta descendente, hematoma mediastinal y cervical, luxa fractura medular, laceración hepática y luxa fractura sacro iliaca.

Considera que aun si hubiera sido viable la práctica de estudios radiológicos en la Empresa Social del Estado ESE NORTE 3 y que se hubiese presentado evidencia clínica del trauma cerrado de abdomen, el fatal desenlace era inevitable por las graves y múltiples lesiones que él sufrió en el accidente.

En ese orden, el fallecimiento del señor CARABALI no tiene relación de causalidad con alguna acción u omisión con los hechos de la demanda.

- Carencia de prueba del supuesto perjuicio: se requiere de la demostración de la cuantía del supuesto detrimento alegado, puesto que no es susceptible de presunción alguna.
- Enriquecimiento sin causa: ya que es imposible imponer una condena y

⁵ Folios 43-55 del cuaderno de llamamiento en garantía.

ordenar el resarcimiento de un detrimento por perjuicios no demostrados o presuntos, o si se carece de la comprobación de su magnitud y realización.

Frente al llamamiento en garantía formulado por la Empresa Social del Estado ESE NORTE 3, argumentó en su defensa:

Arguye que entre La Previsora S.A. y la ESE NORTE 3, se celebró un contrato de seguro, documentado en la póliza de responsabilidad civil No. 1001739. El contrato fue renovado el 29 de mayo de 2013 para la vigencia comprendida entre el 14 de junio de 2013 y el 14 de junio de 2014. Sin embargo, debe aclararse que dicha póliza ampara la responsabilidad civil médica derivada de la prestación del servicio de salud, como consecuencia de un acto médico, por eventos que sean reclamados y notificados por primera vez, dentro de la vigencia de la póliza.

Señala que aun en el remoto evento que se demostrara que se estructuró la responsabilidad que pretende endilgarse al ente convocante, el certificado de seguro esgrimido por la convocante no ofrece cobertura para un evento como el que se demanda, toda vez que no existió acto médico que ocasionara algún perjuicio a los demandantes y además el reclamo al asegurado se formuló después de finalizada la vigencia de ese certificado.

Como excepciones formuló las siguientes:

- Inexistencia de cobertura y consecuentemente, de obligación a cargo de mi representada: ya que La Previsora está obligada a responder por un siniestro, al tenor de las obligaciones expresamente estipuladas en la póliza, luego no puede entenderse comprometido al asegurador por riesgos que no le fueron trasladados por el tomador.
- Límite temporal de la cobertura: las compañías de seguros pueden concretar, coberturas bajo la modalidad mediante la cual delimitan temporalmente el amparo y en caso de no encontrarse enmarcada en esos parámetros temporales, resulta imposible la afectación del contrato de seguro y la compañía estaría exenta de obligación alguna.
- Límites máximos de responsabilidad, condiciones del seguro y disponibilidad del valor asegurado: se estableció que la responsabilidad de la Compañía por todo concepto no excederá del valor indicado en la carátula de cada póliza para la suma de todos los siniestros amparados durante la vigencia anual de la misma.

- Las exclusiones del amparo: ya que el hecho de haber pactado en la póliza de seguro, concretamente en las condiciones generales algunas exclusiones de amparo, debe ser considerado al pronunciar sentencia, pues de presentarse o configurarse una de ellas se releva la compañía de la obligación de pagar cualquier tipo de indemnización.

3. Relación de etapas surtidas

La demanda fue presentada el día 29 de mayo de 2015 (folio 278), luego de inadmitirse el 28 de agosto de 2015 (fl. 281), fue admitida por auto de fecha 7 de octubre de 2015⁶, se llevó a cabo audiencia inicial el día 17 de octubre de 2017⁷, y audiencia de pruebas, los días 13 de marzo de 2018 (fl. 48-49 C. Pruebas); 13 de julio de 2018 (fl. 72-73); 26 de febrero de 2019 (fl. 82); 5 de marzo de 2019 (fl. 85) y 2 de septiembre de 2019 (fl. 89), en la que se declaró clausurada la etapa probatoria y se corrió traslado para alegar de conclusión.

4. Alegatos de conclusión

4.1. Del Hospital Universitario San José de Popayán⁸

El apoderado judicial del Hospital San José presentó los siguientes argumentos de conclusión:

Parte de la prueba documental contenida en la historia clínica donde se evidencia que el paciente tuvo un proceso de atención médica, previo al ingreso al Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. de aproximadamente 36 horas, donde los médicos indicaron de manera vehemente que en tratándose de pacientes politraumatizados los primeros sesenta minutos posteriores al accidente o los traumas recibidos, son de vital importancia para adelantar las acciones médicas pertinentes para evitar que el paciente, o para disminuir las posibilidades de morir, sin embargo, como lo indicó el perito, la entidad que atendió en primera instancia al familiar de los demandantes, enfocó su atención en el trauma de cara que presentaba y descuidó la evaluación complementaria del paciente, que era indispensable para asegurar su supervivencia.

También pone de presente que la historia clínica del HUSJ, registra la entrada del paciente al servicio de urgencias a las 11:09 a.m. del 23 de julio de 2013, es decir aproximadamente 13 horas después de su aceptación, lo cual demuestra la demora en el traslado que influyó en el desenlace que se

⁶ Folios 293-294 cuaderno principal.

⁷ Folios 1-5 cuaderno de pruebas.

⁸ Folios 624-626 cuaderno principal.

demanda.

Agrega que es importante las anotaciones contenidas en el peritazgo, en las que se indica que los médicos de la institución que atendieron inicialmente al paciente reportaban en sus notas médicas, buena respuesta verbal, ocular, motora, sin existencia de trauma de tórax, abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, presión arterial normal, examen cardiaco pulmonar normal, elementos que no informaron la presencia de signos de alarma que hiciera necesaria una atención diferente a la que se había solicitado.

Refiere que el HUSJ recibió a un paciente con un estado de salud sumamente deteriorado, el cual murió a tan solo 4 horas de su ingreso, presentando un primero paro cardio respiratorio una hora antes de su muerte.

Considera que no existen elementos para declarar la responsabilidad administrativa del HUSJ, como tampoco falta de oportunidad en la atención, puesto que las condiciones que presentaba el paciente al momento de su ingreso, relacionadas con el trauma de tórax, no se encontraban reportadas en la historia clínica inicial, eran confusas por la existencia de versiones contradictorias entre las apreciaciones médicas y las notas de enfermería y además, se tenía una solicitud expresa de la entidad remitente para la atención urgente del trauma de cara sufrido por el paciente, sin que se aportaran exámenes diagnósticos, placas radiográficas u otros que indicaran la existencia de lesiones a nivel torácico.

Concluye que se acredita la ausencia de responsabilidad del HUSJ.

4.2. De la parte demandante⁹

El apoderado de la parte demandante presentó los siguientes argumentos como alegatos de conclusión:

Considera que se presentan inconsistencias en la historia clínica de la ESE NORTE 3, entre lo descrito por el personal de enfermería y lo anotado por el personal médico. Es decir, en las notas de enfermería, el paciente sí ingresó desorientado inconsciente, por lo que la nota de enfermería contenía la información real de las condiciones de salud con las que ingresó el paciente a la institución, no obstante, y el politraumatismo sufrido, el paciente solo es valorado hasta las 7:00 a.m. del día siguiente.

Refiere que desde su ingreso se tuvo la certeza de que se trataba de un paciente con politraumatismo por accidente de tránsito, que lo había sumido

⁹ Folios 627-646 cuaderno principal.

Expediente No.: 19001-33-33-006-2015-00202-00
Demandante: LUZ AMANDA LOBOA GÓMEZ Y OTROS
Demandado: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE NORTE 3 – HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ
DE POPAYÁN
Medio de control: REPARACIÓN DIRECTA

14

en un estado de inconciencia a su ingreso al centro asistencial, como quedó evidenciado en las notas de enfermería. En las notas de enfermería no describen al paciente en un estado de lucidez.

Alega que existió una omisión a los protocolos que deben cumplirse en todo paciente politraumatizado. La ESE NORTE 3, contaba con servicio de laboratorio clínico, así como de rayos X, pero no se hizo nada para salvaguardar la vida del paciente y que no es excusa, su nivel de atención, ya que contando los medios, no los puso a disposición del paciente.

Señala que desde el ingreso del señor LUIS HENRY CARABALI al Hospital ESE NORTE 3, el 21 de julio de 2013 hasta su muerte, el día 23 de julio de 2013, en el HUSJ, no se consideró por ninguno de los profesionales que lo atendió, realizarle una radiografía de tórax, que permitiera un mejor análisis y un diagnóstico acertivo del trauma cerrado de abdomen que presentaba, no obstante que el politraumatismo por accidente de tránsito siempre fue considerado y un trauma de abdomen que en algún momento se interrogó, pero que realmente no se exploró.

Considera que en la ESE NORTE 3, no hicieron una exploración adecuada para determinar a ciencia cierta, la urgencia vital y la atención médica que requería el señor LUIS HENRY CARABALI, el personal médico solamente se limitó a ver la parte externa del paciente y al ver que solo sangraba por la boca, creyó que su único problema era de origen odontológico, descuidando todo el protocolo a seguir en el caso de pacientes politraumatizados y restando cualquier posibilidad de ser atendido y tratado adecuadamente para salvar su vida.

Alega la falta de remisión oportuna a un nivel de mayor complejidad, indicando que en caso de que la ESE NORTE 3 no contara con los recursos materiales necesarios para satisfacer la demanda de la urgencia del señor LUIS HENRY CARABALI, debió abstenerse de recibirlo cuando los bomberos lo llevaron a dicha institución, y que en su lugar debió solicitar que lo condujeran de inmediato a otra entidad prestadora de salud que estuviera en capacidad de satisfacer la demanda de urgencia. La ESE negligentemente asumió un riesgo que se podía evitar y que efectivamente se consolidó con el fallecimiento del señor LUIS HENRY CARABALI.

Respecto del Hospital Universitario San José de Popayán, considera que el manejo para un paciente de politraumatizado también fue violado.

Del Departamento del Cauca-CRUE, indica que esta se demoró más de 20 horas en conseguir cupo para el paciente, a pesar de conocer el estado en

14

Expediente No.: 19001-33-33-006-2015-00202-00
Demandante: LUZ AMANDA LOBOA GÓMEZ Y OTROS
Demandado: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE NORTE 3 – HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ
DE POPAYÁN
Medio de control: REPARACIÓN DIRECTA

15

que ingresó al centro asistencial. El manejo del paciente politraumatizado debe ser tratado como una urgencia vital, hecho que debió conocer el CRUE, y que al no manejarlo así, es igualmente responsable, ya que no haber conseguido un centro médico en capacidad de atender la urgencia y proceder al traslado de inmediato del paciente, restó posibilidades de vida al señor LUIS HENRY CARABALÍ.

Respecto del dictamen del médico de la Universidad CES, señaló que desde el inicio pudieron ser descubiertas las lesiones del señor LUIS HENRY CARABALI, ya que en la ESE NORTE 3, para la fecha de los hechos contaban con rayos X, por lo cual se podía detectar las lesiones por él sufridas. Igualmente, el perito indicó que en el HUSJ también se cometieron errores u omisiones, pues a pesar de que la remisión fue realizada para atención odontológico, el hospital tenía la obligación de realizar una valoración integral del paciente y tener en cuenta el mecanismo de trauma del paciente para ordenar los exámenes que no se habían realizado al paciente.

Por lo anterior, solicita declarar la responsabilidad de las entidades demandadas, ante el incumplimiento de los protocolos establecidos para todo paciente politraumatizado víctima de accidente de tránsito, omisión que incidió en forma directa en la muerte del señor LUIS HENRY CARABALI.

4.3. Del Departamento del Cauca¹⁰

El apoderado judicial del Departamento del Cauca expuso los siguientes argumentos:

Considera que de la historia clínica se puede establecer claramente que la presunta falla y que las posibles complicaciones asociadas no se desencadenaron por la mala prestación del servicio por el Departamento del Cauca-Secretaría de Salud, pues el Departamento del Cauca no tuvo participación en la atención del señor CARABALI CANTOÑI y los eventos ocurridos que padeció, obedecieron a circunstancias de etiología diferente y se encuentran debidamente demostradas en la historia clínica el dictamen pericial. Entonces, la responsabilidad médica de la atención era única y exclusivamente de los médicos tratantes del Hospital de Puerto Tejada y entre esta y la Secretaría de Salud Departamental del Cauca, no ha existido contrato o convenio para la referencia o contrarreferencia de pacientes.

Por lo anterior, al no prestar servicios de salud al señor CARABALI CANTOÑI, el Departamento del Cauca no es responsable de los hechos que dieron lugar a la demanda, ya que la Secretaría de Salud Departamental ejerce acciones

¹⁰ Folios 648-658 cuaderno principal.

15

de inspección, vigilancia y control, además de asesoría en aspectos de salud pública a IPS del Departamento del Cauca y que las ha cumplido rigurosamente.

4.4. De la Empresa Social del Estado ESE NORTE 3¹¹

Por intermedio de apoderado judicial argumento los siguientes alegatos en defensa de la entidad que representa:

Hace referencia a la declaración del Dr. CARLOS HERNANDO AGUILAR VALENCIA, como parte del personal médico tratante del paciente LUIS HENRY CARABALI CANTOÑI, quien ha manifestado que el paciente fue valorado inicialmente neurologicamente para determinar en qué estado nerviosos, aspectos de alteración, la orientación o desorientación si estaba consciente o inconsciente. Que las anotaciones del personal médico son coincidentes y las anotaciones del personal de auxiliar de enfermería pudo ser fruto a lo que en principio reflejó el estado de alicoramiento en que se encontraba el paciente.

Señala que se logró demostrar una existencia de perdida de oportunidad o chance de vivir por ser inminente y categorico que el accidente fue la causa de la muerte del paciente: según declaración del perito Dr. ANDRÉS FELIPE ACEVEDO BETANCUR, sobre las implicaciones del rompimiento de la vena aorta, fue enfático en afirmar que dicha lesión era de aquellas catalogadas como mortales en un porcentaje del 80% sumado a ello el hecho de que de igual forma presentó lesión de laceración de hígado, la luso fractura de los huesos de la pelvis y luso fractura de la columna cervical.

Refiere que el personal encargado CRUE, no autorizó de inmediato la remisión que de forma oportuna solicitó la ESE NORTE 3. Indica que su representada actuó de manera oportuna en el ejercicio de sus tareas médicas con el paciente, por lo que hay ausencia de algún acto médico inapropiado de sus actividades en la atención médica, en tal sentido no se presentó falla del servicio alguno.

Frente al llamamiento en garantía, sostiene que se presenta una serie de omisiones en la presentación de documentos, el anexo que contenía las cláusulas generales del contrato y concretamente, la que aparece transcrita en precedencia, al igual que la no especificación de cuál de las dos modalidades permitidas por la norma que utilizó el contrato de seguro, cuya póliza allegó al proceso, por tales circunstancias es procedente que la aseguradora si sea garante a favor de la ESE NORTE 3, en razón a una eventual condena.

¹¹ Folios 659-673 cuaderno principal.

4.6. De La Previsora S.A.¹²

La entidad llamada en garantía a través de su apoderada judicial presentó los siguientes alegatos de conclusión:

Alega la ausencia de acreditación de una conducta antijurídica generadora del daño y provocada por la parte accionada, y que en la confrontación de las manifestaciones de los médicos peritos durante las audiencias de pruebas, observó que el tipo de lesión con las que ingresó a la Institución el señor LUIS HENRY CARABALI, comportaba un grado de fatalidad altísimo, de tal suerte que aun si hubiera sido viable la práctica de estudios radiológicos en la ESE NORTE 3, y que se hubiera presentado evidencia clínica del trauma cerrado de abdomen, el fatal desenlace era inevitable por las graves y múltiples lesiones que él sufrió en el accidente, por lo que si el paciente no tuvo una mejoría de su salud inmediata o completa, aún después de haber sido intervenido en la ESE NORTE 3, esto no implica que hubiese sido como consecuencia de una mala praxis o de una atención negligente por parte de la entidad.

En ese orden, reitera que no existe ninguna actuación que pudiese ser el origen o la causa del deterioro de la condición de salud del paciente, ni mucho menos, de su fallecimiento, la actora no logró cumplir con la carga de la prueba que le impone demostrar con todos los medios idóneos la forma en que la demandada causó los perjuicios que solicita; por el contrario, sí versan en el expediente todos los elementos demostrativos que acreditan que la entidad proporcionó cuidados adecuados al paciente.

Señala que la ESE NORTE 3, hizo todo lo posible para que se remitiera al señor LUIS HENRY CARABALI a un centro médico que contara con las herramientas necesarias para dar el tratamiento que este requería para continuar el manejo adecuado frente a las complicaciones que posteriormente podrían oponerse a su recuperación, lo cual, en efecto, se garantizó el 23 de julio de 2013.

Como quiera que el paciente presentaba un trauma craneoencefálico, trauma cerrado toraco abdominal severo de muy alta energía, hemotórax masivo, fracturas costales múltiples, ruptura traumática de la aorta descendente, hematoma mediastinal y cervical, luxa fractura medular, laceración hepática y luxa fractura sacro iliaca y de acuerdo con el perito experto, de conformidad con la experiencia en el campo de la medicina, en estos escenarios, resultaba muy probable el acaecimiento de lamentable desenlace.

¹² Folios 674-685 cuaderno principal.

Expediente No.: 19001-33-33-006-2015-00202-00
Demandante: LUZ AMANDA LOBOA GÓMEZ Y OTROS
Demandado: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE NORTE 3 – HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ
DE POPAYÁN
Medio de control: REPARACIÓN DIRECTA

18

Expone que si se demanda una pérdida de oportunidad en la prestación del servicio de salud, solicita, sin perjuicio de lo anteriormente dicho, y sin que constituya aceptación de responsabilidad en contra de La Previsora o de la demandada en ningún sentido, en el remoto caso de que se estime resolver favorablemente las pretensiones de la demanda, se observe el análisis porcentual que de conformidad con la jurisprudencia del Consejo de Estado se ha determinado para la adecuada asignación de rubros, por el tipo de perjuicio por la causación de la pérdida de oportunidad.

Frente al llamamiento en garantía señala que no se puede pasar por alto que el único contrato de seguro que eventualmente podría afectarse es el contenido en la póliza No. 1001739 vigente entre el 14 de junio de 2014 y el 14 de junio de 2015, contenida en el certificado No. 7 de dicho negocio de aseguramiento, indicando que era el contrato vigente al momento de realizar la reclamación extrajudicial en contra de la ESE NORTE 3, concretamente el 20 de febrero de 2015.

Considera que tampoco se realizó el riesgo asegurado en la póliza No. 1001739 vigente para el 14 de junio de 2013 al 14 de junio de 2014, renovado para la vigencia comprendida entre junio de 2014 y 2015.

Que de acuerdo a las afirmaciones del Dr. ANDRÉS FELIPE ACEVEDO BETANCOURT, la razón del fallecimiento no podría originarse como consecuencia de acción u omisión de la accionada, toda vez que fue con ocasión de las determinantes consecuencias que se generaron como resultado de las graves lesiones que recibió el día 21 de julio de 2013.

Por lo anterior, solicita que se despachen desfavorablemente las pretensiones alegadas por la parte actora, declarando probadas las excepciones propuestas por la ESE NORTE 3.

5. Concepto del Ministerio Público

Se abstuvo de presentar concepto.

II. CONSIDERACIONES DEL DESPACHO

1. Presupuestos procesales

1.1. Caducidad, procedibilidad del medio de control y competencia

Por la naturaleza del proceso, el lugar de los hechos y la cuantía de las

18

Expediente No.: 19001-33-33-006-2015-00202-00
Demandante: LUZ AMANDA LOBOA GÓMEZ Y OTROS
Demandado: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE NORTE 3 – HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ
DE POPAYÁN
Medio de control: REPARACIÓN DIRECTA

19

pretensiones, el Juzgado es competente para conocer de este asunto en PRIMERA INSTANCIA conforme a lo previsto en los artículos 140, 155 # 6 y 156 # 6 de la Ley 1437 de 2011.

En el presente caso, se pretende la responsabilidad administrativa por unos hechos que se configuraron el 23 de julio de 2013, por la muerte del señor LUIS HENRY CARABALI CANTOÑI, por lo que el demandante tenía hasta el 24 de julio de 2015 para presentar la demanda, la misma se presentó el 29 de mayo de 2015, es decir que no operó el fenómeno de la caducidad. Adicionalmente, se acreditó el requisito de conciliación extrajudicial (fl. 231-236).

2. Problema jurídico

Se centra en determinar si las entidades demandadas son administrativamente responsables, por los daños que se dice fueron ocasionados a la parte demandante como consecuencia de fallas u omisiones que se achacan a las entidades accionadas en la atención prestada al señor LUIS HENRY CARABALI CANTOÑI, quien falleció el día 23 de julio de 2013, al ingresar por politraumatismo por accidente de tránsito. En el evento de prosperar las pretensiones de la demanda se determinará si hay lugar a que prosperen o no las pretensiones del llamamiento en garantía.

En caso de prosperar las pretensiones de la demanda en contra de la ESE NORTE 3 se estudiará, si el llamado debe entrar a responder por la condena de acuerdo a los riesgos asegurados, los límites, así como la disponibilidad del valor asegurado, de acuerdo con las condiciones del contrato de seguro.

2. Las pruebas que obran en el proceso

- **Historia clínica EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NORTE 3 E.S.E. – Puerto Tejada:**

Atención de urgencias epicrisis: fl. 8 C. Ppal.

Fecha de ingreso de la atención: 21/07/2013 Hora: 20:40

Estado de la llegada: consciente

Motivo de la consulta: politraumatismo por accidente de tránsito

Enfermedad actual: paciente traído por el cuerpo de bomberos. Paciente que recibo en alto de embriaguez en camilla, el cual se inspecciona, se valora en parte neurológica, la cual tiene buena respuesta verbal, motora, ocular, verbal la cual responde con parámetros normales, luego se inspecciona vio donde se observa sangrado se abre la boca y se observa pieza dental desprendida

19

Expediente No.: 19001-33-33-006-2015-00202-00
Demandante: LUZ AMANDA LOBOA GÓMEZ Y OTROS
Demandado: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE NORTE 3 – HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de control: REPARACIÓN DIRECTA

20

(...) que la prótesis dental entre a la sobrina paciente en Glasgow 15/15

Signos vitales:

Cuello y tórax: no hay fractura cervical, no hay trauma de tórax...

Cardio pulmonar (...) ventilados, (...) rítmicos...

Abdomen: blando depresible no doloroso de la palpación.

Genito urinario Pelvis: Orina clara, normal no dolor.

Extremidades no dolor.

Sistema nervioso central Glasgow 15/15.

Piel sana.

(4)

Revisión por odontología

Reverso folio 8

Paciente estable con Glasgow 15/15 se define en observación en espera de respuesta.

Para transferir ya que se llama al CRUE Cauca 1.am. de 22 de julio de 2013, se informa sobre (ilegible) Marlene Ortiz, la cual define que dará respuesta cuando haya cupo se le pide que es para especialidad odontología y neurología.

22 de julio de 2013. 7 y 30a.m. Paciente con politraumatismo por accidente de tránsito con trauma craneano, sin alteraciones neurológicas. (...) pupilas ...foto reactivas (...) Glasgow paciente estable orientado en tiempo lugar y persona, tiene pendiente remisión por trauma craneano, y valoración maxilofacial y tacto, paciente ya comentado al CRUE Cauca. Esta pendiente que el CRUE informe donde remitirlo.

1:00p.m Paciente estable con TA 120/70, FC 74/ min, T. 36 FR 18, orientado en tiempo lugar y persona, se comenta al CRUE Cauca con la enfermera Marcela Torres, solicitando en que va la remisión del paciente y dice que todavía no se ha logrado remisión y que tan pronto sea aceptado ella nos informa.

Fl. 9:

22/07/13 – 16:30: Paciente manifiesta dolor generalizado pero principalmente dolor facial... niega pérdida del conocimiento... no dolor abdominal, no dolor torácico, no alteración de la marcha, no alteración de sensibilidad (sic).

Al examen TA 100/60, PC 76 FR 17 cabeza presenta hema maxilofacial lado derecho con edema leve labio fx dentoalveolar derecha cuando móvil no dolor (...) CIP pulmonar normal no repitos no dolor, auscultación normal no alteraciones, (ilegible) no hay signos de dificultad respiratoria modo cardíaca rítmica regular sn (ilegible) Abdomen blando depresible no distensión no signos

20

Expediente No.: 19001-33-33-006-2015-00202-00
Demandante: LUZ AMANDA LOBOA GÓMEZ Y OTROS
Demandado: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE NORTE 3 – HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ
DE POPAYÁN
Medio de control: REPARACIÓN DIRECTA

21

de irradiar. (...) Deabula y sale de urgencias sin alteraciones SNC (ilegible)

Diagnóstico: TCE leve – moderado, trauma cerrado leve?? y trauma abdominal cerrado.

En espera de ubicación de referencia de toma de TAC valoración ORL - odontología.

Se explica a la familia que el paciente debe ser remitido que aun no ha sido aceptado por CRUE del Cauca, que en caso de convertirse en una urgencia vital o que haya amenaza a la vida se traslada como urgencia vital ya que en el momento se encuentra estable y debe seguir en observación de abdomen, no descom(sic) lesiones a abdomen, se explica a tres familiares diferentes la condición del paciente.

Fl. 10:

6:50 p.m.: se llama a CRUE Cauca desde celular personal debido a que la línea fija no contestan... se llama a 3218128623 en donde informan que el paciente aun no ha sido aceptado que esta en proceso de remisión se entera a la familia.

19:00: recibo de turno anterior paciente masculino ya fue comentado con el CRUE Cauca con diagnóstico de fractura periodoncial, que esta pendiente la llamada del CRUE Cauca para ubicación del paciente se reporta que el paciente sigue en iguales condiciones.

Notas de enfermería: fl. 11-12

21/07/13 – 20:40: Ingresa paciente a la sala de urgencias, inconsciente, desorientado, sin responder a ningún estímulo se toma TA 120/36 FR 20 t 36 laceraciones en miembros superiores y salida de un diente... se observa herida en... cara.(Ilegible)

Se observa herida para suturar en cara.

Pasa la noche estable, toma no elimina espontaneo, durmió a la (ilegible)

22/07/13 – 7AM: Queda paciente en unidad conciente y orientado.

DX politraumatismo.

7am. Recibo paciente acostado en camilla, despierto, consciente, orientado, con vena canalizada... se observa en estado de alicoramiento. Paciente no ha sido posible remitirlo... se comenta al CRUE...

21

Expediente No.: 19001-33-33-006-2015-00202-00
Demandante: LUZ AMANDA LOBOA GÓMEZ Y OTROS
Demandado: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE NORTE 3 – HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de control: REPARACIÓN DIRECTA

22

Fl. 13:

22/07/12 – 21:00h: Paciente en buenas condiciones, estable, consciente, deambula por sus propios medios.

Igualmente se registran las valoraciones del 14:00, 23:00 y nota en hora ilegible posterior donde igualmente refieren que el paciente se encuentra orientado en sus tres esferas.

22/07/13 – 23:00h: Llama del CRUE Cauca, la jefe Jimena Caicedo quien refiere que el paciente fue aceptado en el Hospital San José de Popayán. Al momento paciente estable, se comunica a paciente y familiar que paciente fue aceptado.

23/07/13 – 2:00 a.m.: Paciente en iguales condiciones estables, orientado en tiempo y espacio.

4:00 a.m.: Paciente se mantiene estable en su evolución.

7:00 a.m.: Paciente estable en su evolución, orientado.

FL. 19 C. Ppal.: Hoja de traslado: ESE NORTE 3

Profesión o especialidad requerida: odontología

Fecha de solicitud de atención: 22/07/13

Tipo de atención requerida: urgente

Paciente víctima de accidente de tránsito... con trauma facial... diagnóstico trauma de cara. Aceptado en el hospital San José de Popayán.

Fl. 20 Reporte de TRIAGE: 23/07/2013 11:09 a.m.

Clasificación: urgencia inmediata

Motivo de consulta: pasajero de vehículo que el día domingo en la noche choca contra otro vehículo en la vía Padilla Puerto Tejada remitido de Puerto Tejada con diagnóstico de fractura mandibular.

Impresión diagnóstica: fractura del malar y del hueso maxilar superior.

- **Historia clínica HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN:**

FL. 18 C.P. 1 y 314 C.P. 2: Se toma en cuenta transcripción de la historia clínica aportada con la contestación de la demanda: fl. 314 C. Ppal. 2:

Datos de ingreso: 23/07/13 – 11:30 a.m.:

Diagnóstico de ingreso: trauma maxilar inferior, trauma maxilar superior, trauma

22

Expediente No.: 19001-33-33-006-2015-00202-00
Demandante: LUZ AMANDA LOBOA GÓMEZ Y OTROS
Demandado: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE NORTE 3 – HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ
DE POPAYÁN
Medio de control: REPARACIÓN DIRECTA

23

columna cervical.

Paciente quien hace dos días sufre accidente de tránsito en vía pública cuando se movilizaba como pasajero de vehículo particular y colisionó con otro vehículo. Refería dolor cervical y dolor mandíbula, viene remitido de Hospital de Puerto Tejada, es un paciente de fractura mandibular, en nota de remisión no hay datos de deterioro neurológico, ingresa estable hemodinamica según nota de ingreso y de triage, se estaba realizando tomografía de cara cuando súbitamente presenta episodio de dificultad respiratoria severa, se traslada a choque en facia respiratoria... tórax asimétrico con hiperresonancia en hemotórax izquierdo por lo cual se sospecha hemoneumotórax.

Datos

Hallazgos de examen físico:

Maxilofacial: Anormal. edema mejilla derecha dolor al presionar la rama derecha mandibular. movilidad de premolares superiores derechos.

Boca: Anormal. disminución apertura bucal, movilidad de premolares superiores derechos.

Cuello: Anormal. Dolor al presionar... disminución de la flexo extensión.

Diagnóstico: trauma maxilar inferior, trauma maxilar superior y trauma columna cervical.

23 julio 2013: Cx Maxilofacial, paciente con historia de trauma facial con fx dental de 12 y 11 con enfermedad periodontal avanzada, hipometría oral dolor en zona ángulo mandibular derecho. RX de primer nivel Puerto Tejada posible fractura ángulo mandibular derecho no muy evidente. Se borra parcialmente el trazo de fractura plan TAC de cara cortes axiales y coronales cada 3 mm.

23 de julio de 2013: Neurocirugía: estando en el tomógrafo hace paro respiratorio se han encontrado un hemo-neumotórax extenso a tensión. Los reanimaron por 45 minutos.

23 de julio de 2013 15+35 horas: Paciente quien es traído de tomografía por episodio súbito de dificultad respiratoria severa, ingresa a choque paciente en franca falla respiratoria, tórax asimétrico con hiper resonancia en hemitórax izquierdo, se realiza descompresión con catéter 16, se decide OIT se llama a anestesiología por vía aérea difícil e informan que es necesario subir al paciente a quirofano, debido a la inestabilidad clínica se decide IOT en sala de emergencia premédica..., se realiza inmovilización manual de columna cervical y se realiza laringoscopia directa con visualización... se solicita RX portátil en la cual se observa velamiento total de hemitórax izquierdo

23

Expediente No.: 19001-33-33-006-2015-00202-00
Demandante: LUZ AMANDA LOBOA GÓMEZ Y OTROS
Demandado: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE NORTE 3 – HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de control: REPARACIÓN DIRECTA

24

compatible con Neumotórax masivo se comunica a cirugía general quienes realizan toracostomía con abundante drenaje hemorrágico aproximadamente 250ml en más o menos 10 minutos, se traslada paciente a VMI, se realiza paro cardíaco con ritmo de asistolia se inician maniobras avanzadas de reanimación... paciente entra nuevamente en paro cardíaco se realizan nuevamente maniobras de reanimación por 15 minutos logrando retorno a circulación tras tres dosis de adrenalina... cirugía general realiza venodisección para administración de cristaloides y hemoderivados la cual no fue posible administrar porque previo a la administración entra nuevamente en paro cardíaco por aproximadamente 15 minutos y tras dos nuevas dosis de atropina se decide suspender maniobras de reanimación y se declara fallecimiento a las 15+35 horas. Se pasa paciente a patología y se comunica a medicina legal.

Se declara fallecido a las 15:35 horas.

- **Informe de necropsia INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL:**

Fl. 31-36 C. Ppal. 1: Fecha de ingreso: 24/07/2013

Manera de muerte: violenta – tránsito

Causa de muerte: contundente.

Principales hallazgos de necropsia: diagnósticos anatomopatológicos: trauma cerrado toraco abdominal severo de muy alta energía con: a) hemotórax masivo izquierdo y derecho, fracturas costales múltiples con tórax inestable, ruptura traumática de aorta descendente de 1,5 cm, hematoma mediastinal y cervical por disección de 1000 cc, luxofractura de C1-C2 con contusión medular, laceración hepática y luxofractura sacroiliaca completa izquierda.

Conclusión pericial: hombre de 56 años de edad en contexto de accidente de tránsito en calidad de pasajero de un vehículo que colisiona con otro vehículo, de muy alta energía, recibe atención médica inicial en el hospital de Puerto Tejada y luego remitido dos días después al hospital Universitario San José de Popayán, donde fallece por la severidad de sus lesiones.

Causa básica de muerte: contundente politraumatismo.

Manera de muerte: violenta accidente de tránsito.

- **Informe pericial UNIVERSIDAD CES: fl. 35-39 c. pruebas:**

Dictamen médico pericial solicitado en el proceso que es rendido por la Universidad CES a través del Dr. ANDRÉS FELIPE ACEVEDO BETANCUR:

24

Correlación clínica y médico legal:

“Paciente en la sexta década de la vida quien es víctima de accidente de tránsito como pasajero de vehículo, con registro de atención inicial de urgencias, con historia clínica incompleta, falta de información acerca del mecanismo de trauma; alta o baja energía, no hay concordancia en los datos registrados por médico y en los registrados por enfermería. Pues según el médico el paciente ingresa alerta y con signos vitales estables, mientras que la nota de enfermería registra que el paciente ingresa con compromiso del estado de conciencia, con presión arterial diastólica baja.

El enfoque inicial del trauma es este caso, por parte del médico se enfoca al trauma cráneo facial, pues según su nota el paciente está estable hemodinámicamente, no tiene signos clínicos de trauma de tórax o abdomen. No se solicitan las ayudas diagnósticas imagenológicas indicadas en la evaluación de trauma del paciente estable, de acuerdo al nivel de atención, en este caso radiografía simple de tórax.

Por los hallazgos del examen físico de fractura dentaria se inicia proceso de remisión para evaluación por cirugía maxilofacial, y a pesar de que uno de los diagnósticos en este caso registrado es el trauma de tórax, no se solicitan la radiografía, el paciente continúa en observación hasta que se logra la remisión a un nivel mayor de atención más de 24 horas después del ingreso, en el nivel superior tampoco se hace la evaluación inicial adecuada dado el antecedente de politrauma y no se solicitan ayudas diagnósticas para descartar lesiones torácicas o abdominales que pongan en peligro la vida del paciente, 3 horas después de ingreso el paciente presenta paros cardiacos y respiratorios, no responde a maniobras de reanimación y fallece, según el informe de la necropsia registrado en el cuestionario para el dictamen, las causas del fallecimiento son: contusión medular, hemotórax masivo bilateral, ruptura traumática de la aorta abdominal, luxación sacro iliaca

El paciente politraumatizado independiente del nivel donde se brinde la atención médica debe ser evaluado de manera integral y rápida, con el fin de detectar rápidamente las lesiones que ponen en peligro la vida y así debe registrarse en la historia clínica de urgencias; de acuerdo a eso si el paciente se encuentra inestable, es decir con presión arterial baja, taquicardiaco, pálido y con compromiso del estado de conciencia se inicia con enfoque basado en el siguiente algoritmo:

A.- Vía áera: en pacientes inestables se debe garantizar que la vía área sea permeable de lo contrario se debe asegurar la misma a través de la intubación oro traqueal.

Expediente No.: 19001-33-33-006-2015-00202-00
Demandante: LUZ AMANDA LOBOA GÓMEZ Y OTROS
Demandado: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE NORTE 3 – HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de control: REPARACIÓN DIRECTA

26

B.- Ventilación: evaluar movimientos respiratorios, percutir y auscultar tórax y tratar lesiones pulmonares y pleurales de manera inicial.

C.- Circulación: detección y control de manera temporal de las hemorragias posibles o visibles.

D. Incapacidad: evaluación del estado neurológico.

E. Exposición: desvestir al paciente de manera completa en busca de otras lesiones, prevenir la hipotermia.

- **Informe policial de accidentes de tránsito: fl. 38 C. Ppal. 38 C. Ppal. 1**

Clase de accidente: choque con vehículo en la calle 17 con carrera 5 más 300 metros.

Características del lugar: urbana, sector residencial.

Características de la vía: recta, doble sentido, doble calzada, en asfalto, buen estado, en condiciones secas, mala iluminación, sin iluminación.

Conductor vehículo 1: Miguel A. Mina.

Propietario: Espinoza Chica Jair.

Conductor vehículo 2: Edison A. González

Observaciones: al parecer el accidente se produce porque el conductor del carro # 1 venía con las luces apagadas y venía en estado de embriaguez.

Fl. 39: Informe dirección de tránsito y transporte al Hospital Norte 3 ESE.

“Me permito informar a ese centro asistencial, accidente de tránsito ocurrido el 21 de julio de 2013 a la altura del km Calle 17 con 5, sobre la vía Puerto Tejada en donde resultaron involucrados los siguientes vehículos:

“... Resultando lesionadas las siguientes personas del vehículo 1:

LUIS HENRY CARABALI

MARIA E. VIAFARA...”.

- El Cuerpo de Bomberos Voluntario de Puerto Tejada, Cauca, el 2 de diciembre de 2014, informó sobre el accidente de tránsito ocurrido el 21 de julio de 2013, que en el vehículo de placas JUF 284 venían tres personas ocupantes, el conductor MIGUEL ÁNGEL MINA, LUIS HENRY CARABALÍ CANTOÑI y MARÍA EDITH VIAFARA (fl. 42).

26

- F. 46: El Coordinador del Centro Regulador de Urgencias de la Secretaría Departamental de Salud del Cauca informó el 7 de noviembre de 2014:

“El señor CARABALI CANTOÑI fue trasladado desde la ESE NORTE 3 punto de atención Puerto Tejada.

Se encontró registrada una llamada al Centro Regulador de Urgencias. La solicitud de remisión se realizó el día 22 de julio de 2013 a las 02:34 a.m. Solicitaban remisión por diagnósticos de: politraumatismo, fractura periodontal, trauma craneoencefálico leve y requería valoración por odontología y tomografía axial computarizada.

*Se consiguió cupo el día 22 de julio de 2013 a las **22:20 horas** y se informa a la ESE NORTE 3 punto de atención Puerto Tejada el 22 de julio de 2013 a las 22:26 horas al Dr. Harold Cortez.*

El señor LUIS HENRY CARABALÍ se encuentra estable, orientado en tiempo, lugar y persona, con escala neurológica de glasgow 15/15.

La ESE NORTE 3 punto de atención Puerto Tejada, no nos notifica hora de salida del señor CARABALI.

El traslado se realizó al Hospital Universitario San José de Popayán, donde ingresa el día 23 de julio de 2013 a las 11:33 a.m.”.

- Obra a folio 47, registro de urgencias de la base de datos del CRUE de la atención del señor CARABALÍ, donde se evidencia:

Anamnesis: ingreso glasgow 8-15, TA 120-86, accidente de tránsito, SOAT vencido.

Examen físico: cuadro clínico de dos horas previos a su ingreso, glasgow 8/15, no respuesta a estímulos dolorosos, bajo efectos del alcohol, heridas pequeñas a nivel de cara...DX politraumatismo y FX periodontal con pérdida piezas dentarias, con TCE leve, remisión para odontología.

Observación: clínica trauma, no reciben pacientes sin SOAT se explica que es cuenta FOSYGA, la clínica la estancia no acepta, llamar después de las 7 am consultar con Dra. RAQUEL OREJUELA si los puede recibir. HUV YENIFER VARONA informa que no hay cupo llamar después de las 10 am, no tomó datos... HUSJ XIMENA ORDOÑEZ tomó datos Dr. Alegría no cupo, 22-07-2013 6+20 horas, clínica La Estancia, ANTONELA PARRA no cupo, llamar más tarde... 13+54 se llama HUSJ con Dr. JULIAN COBO toma datos no cupo comentar en el Valle por especialidad en odontología 22+08 HUSJ EMILSE NARVÁEZ toma datos del paciente y 22+20 Dr. CESAR SALAZAR refiere que acepta el paciente.

Expediente No.: 19001-33-33-006-2015-00202-00
Demandante: LUZ AMANDA LOBOA GÓMEZ Y OTROS
Demandado: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE NORTE 3 – HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ
DE POPAYÁN
Medio de control: REPARACIÓN DIRECTA

28

GUÍA CLÍNICA DE MANEJO – HOSPITAL ESE NORTE 3:

GUIA CLÍNICA PARA EL MANEJO DE TRAUMA CRANEOENCEFALICO – EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NORTE 3 (fl. 69-73)

“Servicio de urgencias: Objetivo: servir de guía para la clasificación y manejo del trauma cráneo encefálico (TCE), determinado conducta de atención o remisoría de acuerdo a dicha clasificación.

Población objeto: aplicable a todo paciente que demande el servicio de urgencias con este tipo de traumatismo para ser aplicado por personal médico.

Epidemiología: los accidentes fatales por trauma craneoencefálico y automotores causados por el alcohol (con nivel de alcoholemia – 5 MG %) corresponden al 50% del total de las muertes, de los cuales el 60% son hombres y 27% mujeres.

Debemos recordar que cuando la historia de trauma no es clara y elocuente, en todo paciente con historia de pérdida del conocimiento pueden preceder al trauma patologías como la hemorragia subaracnoidea espontánea por ruptura de aneurisma, hipoglicemia, y en otras enfermedades que requieren alta sospecha diagnóstica”.

GUIA CLÍNICA PARA EL MANEJO DE TRAUMA ABDOMINAL – EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NORTE 3 (fl. 74-76)

“Objetivo: dar manejo inicial al paciente con trauma abdominal, clasificarlo, estabilizarlo y remitirlo según sea el caso a su nivel de complejidad.

Población objeto: aplicable a todo paciente que acuda al servicio de urgencias por presentar trauma abdominal para ser aplicado por personal médico.

Trauma cerrado: los accidentes de automóvil, bicicletas y motocicletas son causa frecuente de trauma cerrado... El trauma cerrado de abdomen puede pasar desapercibido, especialmente cuando el paciente ha sufrido otro traumatismo severo, por ejemplo en las extremidades o en el cráneo... En los accidentes automovilísticos, el trauma cerrado se produce también por efecto del cinturón de seguridad.

La evaluación clínica incluye:

28

- *Estudios imagenológicos, los cuales deben ser solicitados en forma racional, según el tipo de trauma y las condiciones individuales de cada paciente. En casos de trauma mayor, estos generalmente incluyen:*

Radiografía de la columna cervical; radiografía simple de tórax; radiografía de pelvis; la radiografía simple de abdomen, aunque de valor muy limitado en el trauma abdominal, puede revelar la presencia de neumoperitoneo indicativo de perforación de una víscera hueca, así como el borramiento de las líneas del psoas (sic) que se asocia con lesiones retroperitoneales y fracturas óseas; se debe solicitar solo en casos seleccionados”.

GUIA CLÍNICA PARA EL MANEJO DEL TRAUMA TORACICO – EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NORTE 3 (fl. 81-85)

“Objetivo: Valorar el trauma de tórax, clasificar, dar manejo inicial, estabilizar el paciente si es necesario, remitir a nivel de complejidad si se necesita.

Población objeto: aplicable a todo paciente que acuda al servicio de urgencias por presentar trauma toracico.

Epidemiología: La incidencia de lesiones del tórax por trauma cerrado es de 4%, mientras la de lesiones penetrantes es del orden de 96%. En el trauma se presentan tres picos de mortalidad: uno, inicial, se da en los primeros minutos luego del trauma, el cual aporta un 50% de la mortalidad global; un segundo pico ocurre en las 3 horas siguientes al trauma, y contribuye en un 20%; y un tercer pico corresponde a la mortalidad tardía, que aporta un 30%.

Se ha considerado la primera hora luego del trauma como el “periodo de oro”, durante el cual, con un manejo adecuado, rápido y oportuno, se puede reducir la mortalidad en el segundo y tercer pico de distribución trimodal de la mortalidad por trauma. Lo anterior significa que con manejos adecuados y ordenados se disminuyen tanto la mortalidad como la morbilidad.

Tórax inestable: se define como la incompetencia de un segmento de la caja torácica con la producción de movimiento paradójico del segmento afectado durante la inspiración que lleva a dificultad en la ventilación; en ocasiones se puede producir alteración del retorno venoso por compromiso de las cavas por movimiento del mediastino. Para que haya tórax inestable se deben presentar por lo menos 4 fracturas costales en 2 o más sitios; se asocia con una alta frecuencia de contusión pulmonar (74% cuando hay 7 fracturas costales). Lo que más lleva al deterioro de la oxigenación es el dolor y la contusión pulmonar asociada.

Revisión primaria: es la valoración rápida de las funciones vitales y se basa en el ABC del programa ATLS del Colegio Americano de Cirujanos:

En la radiografía de tórax hay ocho signos de anormalidad que hacen sospechar la ruptura de la aorta:

- *Ensanchamiento mediastinal*
- *Anormalidad del contorno aórtico.*
- *Opacificación de la ventana aortopulmonar*
- *Desviación de la tráquea*
- *Desviación de la sonda nasogástrica*
- *Depresión o verticalización del bronquio*
- *Engrosamiento paratraqueal*
- *Aparición de un casquete apical*

La radiografía de tórax no confirma el diagnóstico, pero hace sospecharlo, este paciente debe ser remitido ante la sospecha clínica o los signos radiológicos.

Ruptura traumática de la aorta: Es la causa más común de muerte súbita en los accidentes automovilísticos y en caídas de alturas. La lesión se produce por un mecanismo de aceleración y desaceleración que induce la ruptura en una zona de la aorta que se encuentra fija, correspondiente al nivel del ligamento arterioso. La mayoría de los pacientes muere en el lugar de los hechos; sin embargo, algunos llegan vivos al servicio de urgencias. Según la historia, si se trata de un trauma de alta cinética con gran desaceleración, se debe mantener un alto índice de sospecha en cuanto a la existencia de esta gravísima lesión”.

PORTAFOLIO DE SERVICIOS DEFINITIVO – EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE NORTE 3 – Ministerio de Salud y Protección Social (fl. 86-90):

- Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica: radiología e imágenes diagnósticas.
- Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica: toma de muestras de laboratorio clínico.

GUÍA CLÍNICA DE MANEJO – HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ (fl. 110-134)

Esta guía es una referencia para la atención de los pacientes politraumatizados en el paciente crítico.

Paciente politraumatizado: manejo pre hospitalario: sospecha, triage y

Expediente No.: 19001-33-33-006-2015-00202-00
Demandante: LUZ AMANDA LOBOA GÓMEZ Y OTROS
Demandado: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE NORTE 3 – HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de control: REPARACIÓN DIRECTA

31

traslado:

“Sospecha: la existencia de un traumatismo grave debe sospecharse en cualquier paciente con antecedente de trauma que presenta alguna de las siguientes condiciones:

Anatómicas:

- *Tórax inestable*
- *Dos o mas fracturas de huesos largos*
- *Herida penetrante en cabeza, cuello, dorso, ingle*

Mecanismo:

- *Impacto a gran velocidad*
- *Impactos con gran descarga de energía*

Manejo médico:

- *Medidas generales: los pacientes politraumatizados deben ser tratados en unidades de paciente crítico con capacidad para prevenir y tratar las múltiples complicaciones potenciales del trauma: rabdomiolisis, infección, insuficiencia renal aguda, trombosis venosa profunda.*
- *EL Área Calidad de los Servicios de la Secretaría de Salud del Departamento del Cauca solicitó apertura de investigación administrativa a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE NORTE 3, de acuerdo a la siguiente información (fl. 451-456):*

*“Nombre del prestador: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADOP ESE NORTE 3
Municipio: Puerto Tejada*

La ESE NORTE 3, habilitó en su sede:

- *Urgencias: intramural – complejidad: baja*
- *Radiología e imágenes diagnosticas: intramural ambulatorio/hospitalario – complejidad: baja*
- *Laboratorio clínico: intramural ambulatorio/hospitalario – complejidad: baja*

En desarllo de la visita de inspección, vigilancia y control, realizada por la Comisión Técnica del Área de Calidad de la Secretaría Departamental de Salud del Cauca, por presunta falla en el servicio de salud prestado el día 21 y 22 de julio de 2012, por la presunta negligencia médica, que le causó la muerte al señor LUIS HENRY CARABALI, el 23 de julio de 2013.

31

Conforme a lo dispuesto en la Ley 9 de 1979, el Decreto 2240 de 1996, el Decreto 1011 y Resolución 1043 de 2006, donde se establece Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud y las normas que lo adicionan, modifican o complementan, al prestador se le encuentra situación de incumplimiento en:

Programa de seguridad del paciente e indicadores de seguimiento a riesgos: el prestador no aporta soportes de implementación de programa de seguridad del paciente para el año 2013 ni soportes que permitan evidenciar seguimiento al caso.

Guías de práctica clínica: el prestador aporta guía de práctica clínica para el manejo del trauma torácico. No anexa soportes de socialización, ni seguimiento al personal asistencial de la adherencia de guías y protocolos.

Se verifica historia clínica aportada por el prestador en físico en 5 folios útiles, respecto a la calidad en registro de historia clínica se evidencia: historia no legajada, sin foliar, letra ilegible.

Después de realizar el análisis de la historia clínica frente a los criterios de calidad se concluye:

- *En apariencia y de acuerdo a los registros médicos el paciente durante toda la estancia hospitalaria en el primer nivel se encontró estable sin signos clínicos de riesgo vital.*
- *Que el proceso de remisión del paciente estuvo acorde con las condiciones clínicas manifestadas por el personal asistencial, no evidenciando requerimiento o necesidad de traslado inmediato por urgencia vital.*
- *No se evidencia adherencia a las guías de práctica clínica para el manejo de trauma torácico, puesto que en la historia clínica no se observa toma de exámenes de apoyo diagnóstico como electrocardiograma o rayos X de tórax.*
- *El prestador no anexa soportes que permitan evidenciar actividades de socialización y seguimiento de adherencia realizados al personal asistencial frente a las guías de práctica clínica para el 2013".*
- *Por lo anterior se considera necesaria la apertura de una investigación de tipo administrativo por el incumplimiento de estándares de habitación que generaron en su conjunto riesgo para la atención del paciente LUIS HENRY CARABALI en el servicio de urgencias."*

PRUEBA TÉCNICA TESTIMONIAL: CARLOS HERNANDO AGUILAR

PREGUNTADO: Por favor indique al despacho nombre y apellidos completos. CONTESTÓ: Mi nombre es Carlos Hernando Aguilar Valencia, con cedula de ciudadanía 10552940 de Puerto Tejada. Tarjeta Profesional 3766-89.

PREGUNTADO: Lugar y fecha de nacimiento. CONTESTÓ: Lugar de nacimiento Puerto Tejada, fecha de nacimiento 25 de Marzo de 1955.

PREGUNTADO: profesión u oficio. CONTESTÓ: Medico y cirujano.

PREGUNTADO: Actualmente donde labora. CONTESTÓ: Actualmente estoy en licencia por enfermedad, labore por última vez en la ESE NORTE 3 de Puerto Tejada.

PREGUNTADO: Cuándo tuvo su título de médico cirujano. CONTESTÓ: En Junio de 1987.

PREGUNTADO: En qué universidad? CONTESTÓ: Universidad del Cauca.

PREGUNTADO: otros estudios o especializaciones? CONTESTÓ: No, médico cirujano.

PREGUNTADO: Estado civil? CONTESTÓ: Casado.

PREGUNTADO: Lugar de residencia y dirección? CONTESTO: Padilla, vereda El Chamizo. (...).

PREGUNTADO: Manifieste el declarante si usted tuvo alguna participación como médico tratante en el caso que usted observa en esa historia clínica. CONTESTÓ: Si, yo tuve participación en el tratamiento médico de este paciente.

PREGUNTADO: Manifieste en que consiste una valoración neurológica al momento de la llegada de este paciente al punto de atención de la ESE Norte 3 en el Municipio de Puerto Tejada. CONTESTÓ: la historia clínica de un paciente, sobre todo de un paciente poli traumatizado, comprende como parte del tratamiento, la historia neurológica de un paciente, la valoración neurológica consiste en determinar en qué estado, presenta la parte nerviosa del sistema neurológico del paciente.

PREGUNTADO: Qué otros aspectos y detalles se deben observar, según su experiencia que puede tener en el ejercicio profesional? CONTESTÓ: Todos los aspectos que alteren la salud del paciente, se debe hacer una historia clínica, que tiene que ver con todos los aspectos que competen en la salud del paciente, tratando de resumir si hay o no hay alteraciones en alguno de sus sistemas.

PREGUNTADO: Qué explicación considera usted oportuna se debe dar frente al hecho de que en la historia aparezcan 2 apreciaciones, una del personal médico, y otra del personal de enfermería, resaltó que el personal de enfermería dice que llega un paciente inconsciente, desorientado, sin responder a ningún estímulo, yo requiero al testigo que apreciaciones tiene alrededor de esas situaciones. CONTESTÓ: En este caso se observa, que la valoración médica, en el examen médico, de los médicos que atendieron al paciente, hay congruencia con respecto, a como se encontraba el paciente, sin embargo en las notas de enfermería, se presenta alguna incongruencia, lo que pasa es que un paciente según la médica que lo recibió, ingresa con un politraumatismo en estado de embriaguez, pues es difícil de valorar, de hacer un examen neurológico, para las niñas de enfermería, porque no tienen la suficiente experiencia ni el conocimiento necesario para hacer un adecuado examen neurológico, esto

no es solo el personal de enfermería de la ESE, sino que en términos generales para hacer un buen examen neurológico, en un paciente embriagado, el personal de enfermería no tiene el suficiente conocimiento y entrenamiento para ello. 88(...).PREGUNTADO: Perdón, pero a mí no me queda claro en que consiste una valoración neurológica, usted indicó que aspectos se observa, pero si quiero que por favor le precise a la audiencia, y que nos describa un médico como hace una valoración neurológica, que le mira al paciente, que pruebas le hace, para que yo pueda saber que es una valoración neurológica. CONTESTÓ: La valoración neurológica es la búsqueda, de signos y síntomas que nos permitan entender como esta y cuál es el funcionamiento del cerebro y el daño cerebral y la columna vertebral, ósea esa es la parte neurológica. PREGUNTADO: Cómo se detectan esos signos, cuál es el examen que usted le hace cuando el paciente llega. CONTESTÓ: De acuerdo al estado del paciente se empieza por valorar la respuesta verbal, se saluda, eso nos permite dar cuenta de si el paciente esta consiente o inconsciente o si tiene algún problema neurológico que haya que destacar. Ósea son diferentes métodos y exámenes, que nos indica cómo está el sistema nervioso, se comienza con la inspección del paciente al llegar, el saludo ver como está el paciente si llega consiente, inconsciente, orientado, desorientado. PREGUNTADO: Esa es un parte, la parte verbal que otra parte hay en el examen neurológico. CONTESTÓ: El examen neurológico tiene que ver con, la inspección, la palpación, cuando se palpa se determina si hay sensibilidad o no hay sensibilidad, si hay temperatura. PREGUNTADO: Ya hablamos del verbal y la sensibilidad, qué otro examen o método contiene esa valoración neurológica. CONTESTÓ: El examen físico, llega el paciente se le pregunta el nombre, como esta, se observa la forma de hablar, la forma de responder el paciente, si tiene alteraciones de la sensibilidad, si tiene alteraciones de la motoriedad. Si tiene alteraciones de la motoriedad se le pide al paciente que mueva una de sus extremidades, inicialmente cuando llega uno está observando al paciente, como llega, si llega caminando, si llega inmóvil, si tiene movimiento de extremidades, si tiene movimiento corporal, si hay alteraciones, seguidamente de acuerdo a lo que se observe en la inspección, se sigue procediendo al examen, según lo que presente, ósea es un examen que de acuerdo a lo que valla presentando el paciente es muy intenso, ósea que son las lesiones o sintomatología que vaya presentando el paciente es la que nos va diciendo el paso a seguir. PREGUNTADO: Qué materiales o elementos se utilizan para la valoración neurológica. CONTESTÓ: Para la valoración neurológica se utilizan las manos, se utiliza martillo de reflejos, se utiliza agujas, se utiliza el tensiómetro, fonendoscopio.(...) PREGUNTADO: Usted en su declaración ha manifestado que hubo congruencia, en la apreciación del personal médico frente al estado en que llega el paciente, explique en detalle en que consiste esa congruencia que usted a denotado en la historia clínica por parte del personal médico. CONTESTÓ: Lo que quiero decir es que leyendo la historia se observa

que lo que encontraron los diferentes médicos que observaron el paciente, tanto aquí como en el hospital universitario, es congruente no hay incongruencia. PREGUNTADO: En que hay congruencia, al definir que aspectos específicamente considera usted que hay congruencia por parte del personal médico. CONTESTÓ: Las notas de evolución del paciente son congruentes por decir algo, al llegar decir se encontraba una nota en la cual la auxiliar de enfermería decía paciente que llega y que no responde, a estímulos quiere decir que por ejemplo el paciente se llama, es un estímulo a ver si responde a estímulos verbales, se llama el paciente no contesta, se pincha el paciente no responde, se le hace maniobras para despertarle dolor y no responde, eso significa un paciente en coma, mientras la médica que lo recibió dice que el paciente responde a estímulos verbales, a estímulos dolorosos, entonces que pasa, el paciente llega embriagado y es un paciente muy difícil para la enfermera que llega, para la auxiliar de enfermería, de pronto lo llama y como esta embriagado no responde, pero no es porque el paciente no tenga la capacidad, sino que la embriaguez hace de que el paciente no responda, el medico ya tiene que analizar si es embriaguez o no es embriaguez por poner un ejemplo. PREGUNTADO: Qué implicaciones, en un paciente a tratar, según la historia que usted ha observado, se presentan algún tipo de dificultades por encontrar al paciente en un estado de embriaguez. CONTESTÓ: Que si no se tiene en cuenta el estado de embriaguez que pueda alterar un poco la respuesta del paciente, se puede dar un informe equivocado, del estado de conciencia del paciente. PREGUNTADO: ¿Según lo observado por usted en la historia clínica en el presente caso, desde un principio conoció usted, que se trataba de un paciente frente a una urgencia vital? sí o no explique en detalle el porqué de su afirmación. CONTESTÓ: Bueno, no puedo hablar desde un principio de si es o no es urgencia vital, lo que relata la compañera que lo vio inicialmente da a pensar que es una urgencia, pero no una urgencia vital, atendiéndonos a la historia que hizo la médica que lo recibió. PREGUNTADO: Porque considera usted que no era una urgencia vital, que elementos tiene usted para decirle a esta diligencia judicial, que no era una urgencia vital, que se presentaba como tal en ese paciente. CONTESTÓ: Según lo que nos muestra, nos relata o lo que encontró la médica que lo vio inicialmente, el paciente estaba con signos vitales normales, y no tenía alteración de la conciencia. PREGUNTADO: Según historia clínica, indique si fue oportuno por parte del personal médico de la ESE Norte 3 en la atención presentada al paciente Luis Henry Carabalí. CONTESTÓ: Yo considero que hicieron ese manejo, se hizo un buen manejo del paciente. Porque las medidas que se tomaron fueron adecuadas, de acuerdo a las circunstancias. PREGUNTADO: ¿Qué medidas dice usted que se tomaron? CONTESTÓ: No pues, el manejo que se le dio al paciente, llegando a un diagnóstico de politraumatismo, descartada fractura periodontal, y remisión inmediata para manejo en tercer nivel. PREGUNTADO: En la evaluación realizada al paciente, hubo valoración

intra abdominal o intra torácica sí o no, explique en qué consiste esa valoración, si se realizó. CONTESTÓ: Intraabdominal, dijera abdominal, según lo que relata la doctora se le hizo valoración abdominal al paciente, la parte del examen que se le debe hacer al paciente, es analizar el estado de los órganos abdominales del paciente, que se comienza en el examen físico con ciertos métodos, que tiene que ver con palpación, ocultación, que nos permita darnos cuenta si hay compromiso de algún órgano interabdominal y pues relata la paciente que se hizo, encontrando un abdomen blando deprecible, no doloroso a la palpación. PREGUNTADO: Qué quiere decir no doloroso a la palpación. CONTESTÓ: Ósea que ella al examinarlo, no encontró dolor, ósea el paciente no reveló al momento de ella evaluarlo no encontró dolor. PREGUNTADO: Un paciente poli traumatizado con sospecha de lesión en su cabeza debe ser considerado como urgencia vital. CONTESTÓ: Puede ser o no puede ser, es una urgencia y puede ser una urgencia vital dependiendo de la sintomatología que presente el paciente. PREGUNTADO: Y ese paciente qué sintomatología presentaba para que se valorara como tal. CONTESTÓ: Es un paciente que ha sufrido un trauma contuso, en la cabeza que había presentado edema de tejidos, presentaba exodoncia de dos dientes, presentaba laceraciones y esfacelaciones de piel en cara, lo cual hace pensar que el paciente había recibido un trauma craneano y que necesitaba o ameritaba descartar no solo trauma craneano sino trauma de los órganos internos de la cabeza, ósea el encéfalo, entonces descartar si el trauma había comprometido el cerebro. PREGUNTADO: Con fundamento en sus respuestas anteriores ha manifestado que hubo congruencia por parte del personal médico al momento de darse la apertura a la atención de este paciente Luis Henry Carabalí, mi pregunta es, si hubo tal congruencia en la apreciación que tan oportuno era que se le practicara la radiografía de tórax en razón a llegar una persona con un diagnóstico de politraumatismo. CONTESTÓ: Es oportuno porque el paciente ha sufrido un politraumatismo, politraumatismo quiere decir que ha sufrido traumas en diferentes partes del cuerpo, incluyendo el tórax, el abdomen, es importante y necesario hacer una radiografía de tórax. (...). PREGUNTADO: Doctor Carlos Hernando Aguilar, usted acaba de indicar que la radiografía de tórax, era necesario aplicársela al paciente toda vez que sufría de un politraumatismo, podría explicar al despacho que muestra una radiografía de tórax en un politraumatismo. CONTESTÓ: Una radiografía de tórax, nos muestra signos de trauma a nivel de los órganos de la cavidad torácica. PREGUNTADO: Esa radiografía, algunos de los signos de trauma son hemotórax? CONTESTÓ: Nos puede mostrar si hay un hemomediastimo. PREGUNTADO: Una ruptura de aorta también lo puede demostrar? CONTESTÓ: No, nos puede de pronto sugerir los síntomas, por medio de la radiografía nos pueden dar señales que indiquen la posibilidad, pero el examen que nos indica que hay o no hay lesión a nivel de la Orta es una tomografía hacial computarizada de tórax. PREGUNTADO: Usted indicó en respuesta anterior que

para usted la atención que le dio la doctora que inicialmente atendió al paciente, el día 21 de julio de 2013 a las 8 y 40 de la noche fue adecuada, y descalifica la nota de la enfermera que evoluciona al paciente a esa misma hora, en la historia clínica folio 8, la médica que atiende al paciente indica que el paciente se encuentra, paciente que recibe un alto de embriaguez en camilla, se valora parte neurológica la cual atiende buena respuesta verbal, motora y ocular, la enfermera hace literalmente la siguiente nota: Folio 11 de la historia clínica 8 y 40 de la noche 1 de julio del año 2013 20:40 horas, la enfermera indica ingresa paciente a la sala de urgencias inconsciente, desorientado, sin responder a ningún estímulo. Que tan difícil es para una enfermera determinar si un paciente este consiente o inconsciente. CONTESTÓ: Bueno como primera medida quiero que se aclare, que no he descalificado ni he tratado de descalificar las apreciaciones de las enfermeras de las auxiliares de enfermería, lo que he tratado de decir es que de pronto puede haber una incongruencia porque la valoración que se hace con respecto a la que hace el médico, ósea comparando la que hace el médico, porque ella en su formación, no tiene esa instrucción que tiene el médico que le permite hacer un examen más claro y más objetivo. Que era lo otro? PREGUNTADO: Usted en una respuesta anterior explicó al despacho, el procedimiento que se debía hacer para hacer una valoración neurológica, usted podría indicar al despacho si eso que indicó es lo que usualmente hace en sus consultas, la valoración que explicó e indicó como debería ser la valoración neurológica es la que usted hace normalmente en sus consultas. CONTESTÓ: Si es el método que se emplea, y con respecto a lo que decía de la información neurológica que había hecho la auxiliar y la información neurológica que había hecho la médica, difiere es porque si analizamos la valoración de la auxiliar entonces era un paciente en coma que inmediatamente cualquier medico lo hubiera remitido como urgencia vital, porque es un paciente que según dice la enfermera no responde a ningún estímulo, pero que pasa, ella informa eso porque el estado de ebriedad, ósea el paciente si respondía, si hablaba, si sentía, si tenía respuesta al dolor según la historia de la médica, si tenía respuesta al dolor, si tenía sensibilidad, ósea si sentía, si conversaba, pero lo que pasa, es que cuando la auxiliar llevo el paciente estaba dormido, le hablo y no le contestó, lo toco lo palpo pero no lo palpo con la suficiente severidad de tal manera de despertar al paciente, ósea ella no tuvo en cuenta que era un paciente embriagado que había que primero tratar de despertarlo. PREGUNTADO: Usted estuvo presente en esa valoración que hizo la enfermera? CONTESTÓ: No estuve presente, porque como le digo yo no estuve cuando recibieron al paciente. PREGUNTADO: Luego esas conclusiones que acaba de hacer son suposiciones? CONTESTÓ: Estoy dando una explicación de porqué se da, ósea yo he tratado de explicar una razón por la cual hay discrepancia de un paciente que nos presentan con un estado de coma según la enfermera, ósea de coma es un paciente que no responde a nada y un

paciente que si responde a estímulos como lo plantea la doctora que recibió al paciente. PREGUNTADO: Qué es el Glasgow? CONTESTÓ: El Glasgow es una escala que nos permite medir el estado de conciencia de un paciente. PREGUNTADO:Cuál es límite superior del Glasgow cuando una persona esta consiente como nosotros en este momento. CONTESTÓ: Es un estado de conciencia es un Glasgow de 15 sobre 15. PREGUNTADO: En el expediente folio 47 en la hoja de la crue, en donde se hace la solicitud de remisión del paciente se indica que el paciente textualmente: cuadro clínico de dos horas previos de su ingreso Glasgow ingreso 8 -15, no respuesta a estímulos dolorosos, bajo efectos de alcohol. Podría indicar al despacho que es un Glasgow de 8 sobre 15. CONTESTÓ: Es un Glasgow de un paciente que no está consiente, paciente de Glasgow de 15 sobre 15 es un paciente que llega habla, responde, le preguntamos cómo se llama, que responde a todos los estímulos, en la medida que deja de responder a ciertos estímulos va disminuyendo el Glasgow, y un paciente inconsciente sería un paciente, que no está alerta un paciente inconsciente. PREGUNTADO: Con esa nota el paciente estaba normal, estaba bien o no estaba bien? CONTESTÓ: El paciente lógicamente no estaba bien, porque es un paciente inconsciente. PREGUNTADO: En los politraumatismos, por qué es importante conocer la cinética del accidente o del trauma. CONTESTÓ: Es importante saber cómo fue el trauma, eso nos puede dar una razón de que está pasando con el paciente, por decir algo la cinética nos dice como sucedió el accidente y no es expresa nos da a entender igualmente que le esta sucediendo, por ejemplo si nos dicen dos pacientes un accidente en el cual dos motos colisionaron, ya nos da una idea de que pudo pasar, y si nos dicen por ejemplo fue una explosión eso nos da una idea de que afecciones pudo haber entre una cosa y otra, nos empieza a dar claridad sobre lo que puede estar pasando con el paciente. PREGUNTADO: Ante una sospecha de trauma cerrado de tórax cuál es la conducta médica, qué se debe hacer? CONTESTÓ: Depende del estado del paciente, inicialmente se debe hacer un examen general, que comienza por mirar al paciente de cómo llega, si llega por sus propios medios, si llega orientado o desorientado, si presenta heridas externas, si presenta fracturas, si presenta perdida de extremidades, si hay sangrado externo. Ósea depende del estado del paciente, se toma la conducta a seguir. PREGUNTADO: Doctor que es un trauma abierto de abdomen y que es un trauma cerrado, podría explicar al despacho. CONTESTÓ: Si como no, un trauma cerrado es una lesión contusa, contusa quiere decir por golpe, que lesiona el tórax o el abdomen y que no presenta herida, ósea el paciente nos llega y el paciente no presenta heridas externas, pero presenta compromiso interno. PREGUNTADO: ¿En un paciente que ingresa en estado de alicoramiento, que tan certero es el diagnostico medico a la palpación, usted indico que la médica hizo la palpación que usted supone, y que no encontró dolor, un paciente en alto estado de alicoramiento puede presentar dolor? CONTESTÓ: Puede presentar o no

puede presentar, ósea yo lo único que puedo decir es atenerme a lo que dice la paciente, al examen blando, depreciable ósea cuando hay cierto compromiso, normalmente el abdomen debe estar blando, ósea usted palpa y el abdomen deprime no encuentra mayor tensión para deprimir el abdomen, cuando hay trauma, cuando hay dolor, cuando hay ciertas lesiones abdominales el abdomen como reflejo de protección se torna duro, entonces se palpa y se encuentra dureza, entonces el hecho de que se encuentre el abdomen blando, nos está indicando que en el momento, que no hay todavía signos de lesión de daño, todavía no se manifiestan los signos de daño a nivel abdominal, eso no quiere decir que no se presente daño sino que en ese momento no se habían manifestado los signos, porque yo puedo, me llega un paciente ahora con un trauma abdominal entonces yo llego y me encuentro abdomen blando, lo palpo no encuentro dolor pero dentro de una hora o dos horas lo voy a palpar y de pronto ya ha cambiado, ya puede estar el abdomen duro, no depresible, pero pues lo que nos dice la doctor según esto blando, despreciable, no doloroso a la palpación, nos dice que encontró en ese momento un abdomen normal.(...)PREGUNTADO: Doctor Carlos Hernando Aguilar, usted recuerda al paciente Luis Henry Carabalí, usted recuerda esa atención. CONTESTÓ: Si recuerdo al paciente, lo recuerdo a pesar del tiempo porque es un paciente que sufrió un accidente, que iba en un carro de un conocido, ósea quien conducía era un conocido, entonces eso me hace recordar al paciente. (...)PREGUNTADO: Doctor en respuesta anterior usted hizo dos menciones, la primera es que ese paciente necesitaba una remisión inmediata y la segunda dijo que cualquier medico lo hubiera remitido a un tercer nivel o a un nivel superior por las condiciones generales, con apoyo en la historia clínica indíquele al despacho cuanto tiempo permaneció el paciente Luis Henry Carabalí en la ESE donde usted lo recibió. CONTESTÓ: Bueno, él llegó según la historia el día 21 del mes 07 a las 20:40 horas, la hora de la remisión el 23 de julio a las 7 de la mañana. PREGUNTADO: Doctor de lo que a usted le consta y de lo que acaba de decir pasaron cerca de 38 horas aproximadamente, desde que ingreso a hasta que se remitió, si era una remisión de urgencia o inmediata como usted lo ha mencionado, usted conoce a que se debe tanto tiempo para haber hecho la remisión. CONTESTÓ: Inicialmente la doctora que lo recibió, hizo lo que tenía que hacer, lo vio, tomó las medidas para manejo intrahospitalario, e inmediatamente tomó la conducta de un paciente que necesitaba manejo de tercer nivel, tomó la conducta de remitirlo por lo cual contactó al CRUE del Cauca, como paciente que requería manejo inmediato por ser un paciente urgente, en el CRUE, según lo que ella manifestó al recibir al paciente, le habían dicho que iban a tratar lo más pronto de buscarle al paciente un sitio de ubicación, y ella me dijo que a las 7 de la mañana que yo le recibí turno, que había hecho llamado de haber que pasaba y le habían manifestado que los sitios de urgencias donde habían conectado al paciente, que no habían cupo, que estaban colapsados

Expediente No.: 19001-33-33-006-2015-00202-00
Demandante: LUZ AMANDA LOBOA GÓMEZ Y OTROS
Demandado: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE NORTE 3 – HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de control: REPARACIÓN DIRECTA

40

que no tenían cupo para recibir al paciente, el paciente no se remitió porque manifestó el CRUE, no se encontraba sitio para la remisión para recibir al paciente. PREGUNTADO: También mencionó usted en una respuesta anterior, que en un paciente politraumatizado, como el caso del señor Carabalí, era importante hacer una radiografía de tórax, en esa historia clínica que se adelantó en la primera atención que recibió el paciente consta la realización de esa radiografía de tórax. CONTESTÓ: No consta la toma de la radiografía. PREGUNTADO: En ese mismo folio 13 de la remisión usted puede leer textualmente cual fue el motivo de la remisión del paciente al hospital Universitario San José de Popayán. CONTESTÓ: El paciente se remitía por presentar politraumatismo, trauma craneano y descartar trauma maxilofacial, y toma de tomografía. PREGUNTADO: Cuando usted habla toma de tomografía es para la región de la cabeza? CONTESTÓ: No es para todas las que necesite porque al ser un paciente politraumatizado, y en el caso de el había recibido trauma craneano, ósea para descartar lesiones craneocefálicas y para descartar lesiones en tórax y abdomen ósea lesiones torabdominales, es decir la tomografía que fueran necesarias, pues no necesariamente al examen físico es de la cabeza no necesariamente se van a poder diagnosticar la mayoría de los compromisos del paciente. (...)PREGUNTADO.-Le voy a poner de presente el folio 438 del cuaderno principal 3 el cual es una impresión del sistema del CRUE de parte del Departamento del Cauca, lo anterior porque usted revisando el folio 13 medio usted dice que el paciente egreso el 23 de julio, sin embargo en este sistema de órdenes de apoyo enviado por el sistema CRUE departamento del cauca, dice que el paciente: Ingreso paciente Glasgow 8:15 accidente de tránsito soat vencido, cuadro clínico de dos horas previos a su ingreso, Glasgow de ingreso 8 15, no respuesta de estímulos dolorosos bajo efecto del alcohol, heridas pequeñas a nivel de cara, y más a nivel de muñeca, ahora estable, recuperó estado de conciencia, orientado Glasgow 15 15, traumatismo a nivel peridontal con fdx a nivel de encía mas perdida de pieza dental. Ap ninguno, dx politraumatismo y fx peridontal con pérdida de piezas dentarias con tce leve, remisión para odontología, más abajo dice enfermedad no especificada de los tejidos dentales no POS, dice remisión: causa de remisión: realizada fecha de salida 22 de julio de 2013 hora 22:20 horas, quien entrega Puerto Tejada nivel 1 recibe Hospital Universitario San José nivel 3, quiero dejar en constancia que acá dice 22 y lo que dice después en observaciones. Dice fecha de salida 22 07 2013 en observación se indica abro comillas: clínica trauma 092-3706670 no reciben estos pacientes sin SOAT, se explica que es una cuenta de foyga, luego dice 3.a clínica estancia Antonela Parra no acepta llamar después de las 7 am consultara con la doctora Raquel Orejuela si les puede recibir, Hospital Universitario del Valle Jennifer Varona informa que no hay cupo llamar después a las 10 AM no tomó los datos debemos comentar al qus, Hospital Universitario San José, Jimena Ordoñez tomo datos doctora

40

Expediente No.: 19001-33-33-006-2015-00202-00
Demandante: LUZ AMANDA LOBOA GÓMEZ Y OTROS
Demandado: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE NORTE 3 – HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ
DE POPAYÁN
Medio de control: REPARACIÓN DIRECTA

41

Alegría no hay cupo. 22 07 -2013 6 horas 20, clínica la estancia Antonella Parra no cupo llamar más tarde. H Puerto Tejada Avelis Gonzales. Continuamente no remisión hora 13 + 54 se llama al JUS con doctor Julián Cobo toma datos, no cupo comentar en Valle por especialidad en odontología hora 20 64. 2054 JUS 22+ 8 jus Emilsen Narvaez toma datos del paciente docto Salazar refiere que acepta al paciente 22+26 se informa la aceptación del paciente al doctor Harold Cortez. De acuerdo a lo anterior y folio que usted indica el paciente se traslada se dice que sale el 23 pero según este documento del cruc nos dice que salió el 22 de julio de 2013 a las 8 20 horas. En atención a ese documento que le pongo de presente y que le acabo de leer y a las anotaciones que usted leyó puede entender este juzgado que la remisión se buscó por varios días hasta que se hizo el 23 o que la remisión se buscó desde el 22. CONTESTÓ: La remisión se solicitó desde que la doctora vio al paciente, lo vio el 21.

PRUEBA TÉCNICA TESTIMONIAL: JORGE AUGUSTO HERRERA CHAPARRO:

PREGUNTADO: Indica sus nombres. CONTESTÓ: Mi nombre es JORGE AUGUSTO HERRERA CHAPARRO. PREGUNTADO: fecha de nacimiento. CONTESTÓ: 25 de junio de 1954 en Bogotá. PREGUNTADO: profesión u oficio. CONTESTÓ: Soy médico cirujano de la universidad Javeriana, cirujano de 30 años de experiencia, profesor de la Universidad del Cauca titular, pertenezco del College Americano de Cirujanos, pertenezco a lo asociación Panamericana de trauma, he sido presidente de la Asociación Colombiana de trauma y soy miembro activo ante la junta directiva de la Asociación Colombiana de cirugía. PREGUNTADO: Lugar de residencia y dirección. CONTESTÓ: Cra 3ª numero 41N 135 terrazas del campestre apto 301 B de Popayán. PREGUNTADO: Actualmente usted labora para que institución. CONTESTÓ: Soy pensionado de la Universidad del Cauca desde hace un año y medio, en este momento hace 32 años soy cirujano del área de urgencias de Hospital San José y soy el jefe de cirugía de la clínica la estancia. PREGUNTADO: Estado civil. CONTESTÓ: Unión libre. PREGUNTADO: Le voy a poner de presente la historia clínica del señor Luis Henry Carabalí, y le pido que, con base a ella, indique si usted en calidad de médico del hospital San José atendió al paciente. CONTESTÓ: Yo estuve en la revisión del caso clínico, mi atención se limitó simplemente cuando le estaban tomando una tomografía, el paciente hizo paro cardíaco simplemente llegué en ese momento, en el paro cardíaco y simplemente hice una punción toraxica, en la punción toraxica salió sangre, hice el diagnostico de una rotura de un aneurisma roto toraxica. PREGUNTADO: Usted lo había visto previamente? CONTESTÓ: No, ya estaba en paro cuando yo lo vi, yo lo vi en la sala de tomografía. PREGUNTADO: Es decir él fue su paciente o no. CONTESTÓ: No, el no ingresó como paciente mío, ni tiene valoración como cirugía general, él fue un paciente que ingresó bajo la valoración de cirugía maxilofacial, y cirugía maxilofacial hizo sus enfoques respectivos al paciente.

41

Expediente No.: 19001-33-33-006-2015-00202-00
Demandante: LUZ AMANDA LOBOA GÓMEZ Y OTROS
Demandado: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE NORTE 3 – HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ
DE POPAYÁN
Medio de control: REPARACIÓN DIRECTA

42

PREGUNTADO: Teniendo en cuenta que usted indica y recuerda muy bien el caso, que no fue paciente, usted fue citado aquí como testigo técnico, no obstante usted dice que hizo un diagnóstico, usted puede informarle al despacho y explicar en que consistió ese diagnóstico y qué significa eso. CONTESTÓ: Yo ahorita voy a tratar de recordar el antecedente del paciente, de pronto no con precisión de tiempo, no recuerdo la edad del paciente, recuerdo que es un paciente que cuando se discutió, había recibido un trauma en moto, no recuerdo exactamente si fue contra algo, pero fue en moto, igualmente recuerdo que iba acompañado de un peatón, eso es lo que recuerdo, hubo una observación que creo que es del Hospital de Puerto Tejada, tiene una observación recuerdo de unas 36 horas y es remitido al hospital universitario básicamente por un problema maxilofacial eso es lo que recuerdo, voy a leer, paciente 56 años, remitido por Puerto Tejada y le ponen aquí que requiere una valoración con por otorrino, por odontología por el diagnóstico de trauma de cara, entonces aquí te recalco, (...) exacto que en ningún momento era cirugía general el que estaba interconsultado ha sido manejado o enfocado en este caso. PREGUNTADO: Le pido el favor que conteste la pregunta que le formule, en respuesta anterior me dice que usted hizo un diagnóstico, usted me puede repetir ese diagnóstico explicarlo y determinar como hizo para llegar a ese diagnóstico. CONTESTÓ: puedo leer lo que esta escrito? Dice a las 15 35 paciente que es traído a una tomografía por un episodio súbito de dificultad respiratoria severa, ingresa a choque paciente en franca falla respiratoria, tórax asimétrico con hiperresonancia en hemitórax izquierdo, se realiza descompresión con un catéter 16, se decide hacer una entubación endotraqueal, se llama a anestesiología por vía aérea difícil e informan que es necesario subir el paciente al quirófano, debido a la inestabilidad clínica se decide la entubación en la sala de emergencia, se premedica con 3 miligramos de midasolan, con 100 ccdf de dentanil, se realiza inmovilización manual de la columna cervical, y se realiza laringoscopia directa con visualización de las cuerdas 2 3 no sé exactamente y se colocó un tubo 8 que es fallido en su primer intento, se re oxigena al paciente con intubación en el segundo intento con confirmación oscultatoria de los 5 puntos y se solicita una radiografía la cual se observa delamamiento del hemitórax izquierdo compatible con un hemotroax masivo, se comunica a cirugía general que es seguramente donde hay actuó, con quienes se realiza una toracostomia con abundante drenaje de material hemorrágico abundante, 250 más o menos 10 minutos y se traslada al paciente, se traslada se realiza paro cardiaco, se inician maneras avanzadas de reanimación, se administran aproximadamente 3 dosis de adrenalina, compresiones toraxicas interrumpidas aproximadamente de 10 minutos retorno, usado nuevamente maniobras de resucitación, Se hace todo lo que es una reanimación desde el punto de vista farmacológico, desde el punto de vista de restablecer nuevamente el ritmo cardiaco, con drogas y todo y finalmente dice 15:35

42

fallece el paciente y se pasa el paciente a patología. Creo que en el momento cuando ellos dicen que tienen el problema del hemitórax es cuando yo llego y hago la punción, que es colocar un tubo dentro del tórax, el tórax se define como la parte donde van los pulmones, y se tiene un punto para pasarlo y en ese momento hay sangre, en ese momento con un paciente de antecedente de un trauma, hay que pensar que algo está roto adentro, y si a eso uno le asocia la historia clínica de como entro en paro cardiaco el paciente, se tuvo que haber roto algo muy grande, por eso seguramente en ese momento hago la afirmación de que está rota la Orta, esa es como mi precisión en esos dos minutos que lo observo yo. PREGUNTADO: Para confirmar ese diagnóstico médico qué ayudas se pueden tomar, o solamente con ese diagnóstico que usted da es confirmado o es un diagnóstico interrogado? CONTESTÓ: Claro, todo lo que uno hace se llaman impresiones diagnosticas hasta donde uno la confirma, aquí lo único que he hecho es que esta frente a un muerto y están tratando de buscar la causa, pero el paciente esta muerto, desde que ya entra en paro cardiaco, tratan de entubarlo, llaman a anestesia, el paciente está muerto, debido a la dificultad respiratoria que el paciente está presentando, simplemente le colocan el tubo, pero pues sale sangre, pues aquí no hay más exámenes ni una autopsia. PREGUNTADO: Ósea que la autopsia nos demostraría que efectivamente esa impresión diagnóstica suya esta correcta? CONTESTÓ: Yo supongo que debe demostrar que hubo una ruptura de la Orta esa es mi impresión. (...)PREGUNTADO: Doctor Herrera ha mencionado usted en anterior respuesta que en impresión diagnóstica que tuvo usted cuando observó al paciente es de la ruptura de la Orta, no obstante a lo anterior en la historia clínica da cuenta, de que el paciente previo a ingresar al hospital san José, tenía aproximadamente 36 a 38 horas de observación en otro centro médico, la pregunta es explíqueme al despacho las razones, o si es posible que esa ruptura de Orta, se pudo dar de manera intempestiva, o si se hubiera podido detectar en una etapa previa con algún examen diagnostico. CONTESTÓ: Yo creo que más de 20 años he desarrollado mi parte de la cátedra, formado esta parte la hice en el Hospital del Valle, en Estados Unidos en Baltimore, sobre lo que es el manejo del paciente traumatizado, de hecho soy adls de trauma que quiere decir el soporte vital del paciente severamente traumatizado, hay varias cosas que uno tiene que tener para enfocar a un paciente que está severamente traumatizado, como lo es el paciente que en este momento estando en un contexto diferente uno lo tiene que abordar, que es lo que uno aborda una cosa que se llama una revisión primaria y la atención del paciente en esa revisión primaria, lo que uno revisa es la vía aérea, la vía aérea reviso lo que es que el paciente pudiera ventilar, luego se ve la parte ventilatoria que es como está el paciente ventilando, luego uno mira si el paciente tiene los signos vitales o no los tiene, que la parte de la sangre este circulando, luego uno se va a la parte neurológica para saber si hay una situación a la parte neurológica y la otra

situación es ver otros sistemas que pudieran estar alterados tipo ruptura de piernas de pelvis o otra cosa. En este contexto uno pudiera decir que si el paciente llegó a otro escenario 36 horas antes pues la vía aérea la vieron como manifiesta, puesto que el paciente no llegó entubado, ósea que la vía estuvo asegurada una vía aérea es decir como respirar, que la vía ventilatoria del paciente también la aseguraron, porque el paciente lo hace supuestamente un fenómeno súbito, de 36 horas el paciente no lo mandan con una dificultad respiratoria porque cuando el paciente lo remiten a él lo mandan con un traumatismo de cara, y suponemos no sé porque es suposición, pero es regla que todo paciente traumatizado tiene una placa de tórax, yo supongo que tuvo la placa de tórax, y esa placa debió haber informado al observador algo en que el tomo la conducta simplemente de decir, mi problema después de haberlo observado 36 horas queda en la cara, ósea que por principio de adls de soporte vital estuvo la vía aérea asegurada, la vía ventilatoria asegurada, la vía hemodinámica asegurada, y tenía las otras lesiones asociadas controladas, menos la cara, al llegar al hospital es observado por el especialista al cual lo había remitido, y el especialista que más tenía concurso aquí era el maxilofacial y ordena unas radiografías, pero en ese momento cuando llega, llega estable ya que no hay nada que haga sospechar que el paciente tenía una eminencia de muerte, que ha si uno de suponer, que cuando ya el paciente está en todo su movimiento, el sintió una ruptura de aorta porque no lo sé, si es una ruptura de aorta ella se puede desprender y a medida que se va desprendiendo la aorta del sitio que esta acogida se puede comenzar a formar un hematoma, un chichón, hasta que llega cierta presión que la ley de la plas lo rompe, si ese paciente se rompe directamente en el sitio del accidente no vive, los pacientes que se accidentan mueren en el accidente, por tres causas, 1 porque se lacera el cerebro, 2 porque se rompe la Orta lo mismo que le paso a este paciente si fue que le paso si lo dice la autopsia, 3 la rotura de un gran vaso en el corazón, estas son las causas de que hacen que se muera un a persona en el sitio del accidente, luego tenemos un periodo seguramente de observación y de estudios para el paciente, que yo realmente en estas dos situaciones no hago, yo lo que hago es una etapa de reanimación, porque cuando yo llego lo están reanimando, está muerto y yo lo que hago es atender algún sitio donde posiblemente pueda tener un foco. Y cuando llego y pongo el tubo dentro del tórax y veo que sale sangre, está roto y si ya está muerto se rompió algo grande y supongo que fue la aorta, pero debo de suponer que él estaba con algo contenido desde el accidente. PREGUNTADO: Doctor usted ha hecho mención en la respuesta anterior, a que esos pacientes traumatizados tienen un término de observación que prudencialmente los médicos pueden evaluar su estado para formular una conducta a seguir, de acuerdo a su experiencia cual es el término que se puede tener en un paciente traumatizado para una observación previa que permita determinar la estabilidad del paciente.

CONTESTÓ: Lo que pasa es que aquí hay dos cosas, lo que yo les dije y aquí el paciente traumatizado quiere decir avance en el soporte del paciente traumatizado, aquí se tiene una situación, cuando llega y se llama revisión primaria y es asegurar lo que tiene el paciente, la vía aérea, la vía ventilatoria ya que el paciente queda en dos situaciones, estable o inestable, estable quiere decir que la frecuencia cardiaca siempre fue normal, que la frecuencia respiratoria fue normal y que la tensión fue normal, y a uno se le abre si el paciente está estable o inestable, si está estable el paciente entra dentro de un protocolo de estudios y si esta inestable el paciente pasa directamente a un quirófano, pero ya el tiempo no porque no sabe uno exactamente un enfoque ya sería el tiempo no lo podría decir, puedo decir que basado en los signos vitales que tenía hacia donde iba eso es otra cosa, pero no puedo a llegar a decir esas cosas si fue un tiempo, no fue en un tiempo, los pacientes se dividen en estables e inestables y ya está. PREGUNTADO: Doctor la historia clínica también demuestra como usted lo ha dicho, que el paciente presentaba buena ventilación pulmonar, no necesitaba manejo con oxígeno, no tenía ninguna medida de reanimación y tenía indicados unos exámenes de rutina de valoración, además de eso tenemos que el paciente fue remitido con un diagnóstico de trauma de cara, la pregunta es si era un deber del Hospital San José, ante la existencia de esa remisión por trauma de cara de realizar exámenes complementarios como diagnóstico de tórax o de otras extremidades. CONTESTÓ: Pues habría que ver la historia clínica con la que ingreso que signos vitales traía no se so exactamente. PREGUNTADO: Doctor Herrera usted atendió al paciente cuando presentó un evento súbito y encontró que estaba emanando sangre cuando usted hizo su punción, la pregunta es si ese evento que en otras ocasiones usted ha mencionado que es definitivo para la muerte del paciente, podía ser evitado de alguna manera. CONTESTÓ: Aquí cuando se atendió? No para nada, un paciente con una ruptura de Orta si la tenía en ese momento no hay anda que hacer. PREGUNTA PREGUNTADO: Usted en una respuesta anterior indicó que, en sus 20 años de experiencia, era a todo paciente politraumatizado había que tomarle una placa de tórax, usted nos podría decir que muestra o que pudo haber mostrado esa placa de tórax. CONTESTÓ: Por regla general todos los pacientes así sea el mínimo trauma deben tener una placa de tórax, una placa de pelvis, y una placa de cuello cervical por principio de atls, que espera uno encontrar, que no tengamos la parte ventilatoria comprometida, que el pulmón no este colapsado, que hayan imágenes sobre el mediastino que estén indicando algún tipo indirecto de cosas, eso es lo que uno valora rápidamente, y uno valora lo que le va a causar la muerte al paciente, si este paciente se hubiera llenado de aire el pulmón y se le coloca un tubo pue lógicamente que por presión le quita la presión y el paciente expande y seguramente no hay ningún problema.

CONTRADICCIÓN INFORME PERICIAL – UNIVERSIDAD CES

ANDRÉS FELIPE ACEVEDO BETANCUR

PREGUNTADO: Usted menciona que el paciente no recibe una atención inicial adecuada por cuanto no se le hizo todo lo necesario para evaluar el politrauma. Teniendo en cuenta los antecedentes de este paciente, que usted consignó, cuando ingresó al HUSJ, tenía aproximadamente 40 horas de evolución, las notas de la HC indican que no había trauma de tórax, que tenía un glasgow 15/15, que negaba dolor torácico y abdominal, examen cardíaco pulmonar que había resultado normal y finalmente el traslado que hace la ESE NORTE dice que solicita valoración ORL ODONTOLOGÍA, con esa evolución y esas anotaciones, era necesario que el HUSJ hiciera una valoración integral del paciente. CONTESTÓ: Lo diligente y prudente en este caso era hacer una valoración integral del paciente, una nueva HC, teniendo en cuenta los antecedentes y los mecanismos del trauma. En las anotaciones de la HC del HUSJ dice que paciente presenta dolor a la palpación del tórax, por lo tanto, no es correcto lo que usted dice. En la HC de la ESE NORTE dice paciente que fue víctima de accidente de tránsito, se desconoce el mecanismo del trauma pero por la extensión del trauma craneofacial, se debe descartar un traumatismo de alta energía y dado que se trataba de un hospital con un nivel de complejidad que así lo ameritaba dado que el paciente se encontraba estable hemodinámicamente haber realizado imágenes diagnósticas para descartar lesiones del tórax o del abdomen. PREGUNTADO: En el interrogante 8, causas de la muerte que determina medicina legal, rotura traumática de la aorta descendente de 1.5 cm, qué implicaciones tiene en el organismo. CONTESTÓ: Se trata de una lesión de naturaleza mortal. PREGUNTADO: Es posible que una persona pueda conservar la vida por tres días con la rotura traumática de la aorta descendente de 1.5 cm? CONTESTÓ: Si, si es posible y de hecho en la misma pregunta está registrado que los hallazgos de la necropsia fueron de un hematoma mediastinal es decir la hemorragia fue contenida en un hematoma por esa razón el paciente estaba estable hemodinámicamente, solamente cuando se rompe el hematoma se produce la muerte. PREGUNTADO: Qué significa que un paciente tenga un glasgow 15/15? CONTESTÓ: Es una escala que se utiliza para evaluar la respuesta verbal, ocular y motora y se utiliza como procedimiento para la evaluación inicial en los pacientes con trauma craneoencefálico, el hecho que tenga una escala de 15 sobre 15 significa que tenía una respuesta verbal, ocular y motora adecuadas. PREGUNTADO: La rotura traumática de la aorta descendente de 1.5 cm, usted indicó que era mortal, indique si con un adecuado análisis o inspección física del paciente y las imágenes correspondientes cuando él ingresa a la ESE NORTE, ese desenlace hubiese podido ser prevenible. CONTESTÓ: Dada la severidad de la lesión que presentaba el paciente es difícil

Expediente No.: 19001-33-33-006-2015-00202-00
Demandante: LUZ AMANDA LOBOA GÓMEZ Y OTROS
Demandado: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE NORTE 3 – HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ
DE POPAYÁN
Medio de control: REPARACIÓN DIRECTA

47

determinar si su diagnóstico temprano hubiera evitado la muerte, lo que si es cierto y usted lo menciona en la pregunta, es que se aumenta la oportunidad o la probabilidad de vida si se establece un diagnóstico y se procede a hacer un tratamiento quirúrgico de la lesión. La lesión de este paciente por sus características, es una lesión que tiene alta mortalidad pero que dicha mortalidad puede ser disminuida si se realiza el tratamiento médico y quirúrgico indicado. Si la aorta se rompe y la hemorragia no es contenida con un hematoma como en este caso, la muerte es inmediata en el sitio del trauma, pero si la ruptura en la aorta que produce esa hemorragia se contiene con un hematoma, la muerte se puede producir después del trauma es decir, horas o días del mismo. La radiografía de tórax puede mostrar signos indirectos que indiquen traumatismos de corazón o de grandes vasos, ensanchamiento del mediastino, la presencia de aire o líquido que envuelve el pericardio son signos indirectos que pueden indicar un traumatismo de corazón o de grandes vasos. PREGUNTADO: En medicina en qué porcentaje se puede hablar que una herida es mortal. CONTESTÓ: Hablar de porcentajes de manera absoluta es difícil pero se considera que la severidad de la lesión que tenía este paciente tiene una mortalidad mayor al 80%. PREGUNTADO: Recuerda la edad este paciente? La tasa de mortalidad tiene en cuenta la edad? Ese 80% varía si el paciente tiene una edad diferente? CONTESTÓ: 56 años. Si se tiene en cuenta la edad y la lesión y no la expectativa de vida que da el DANE. Más que la edad se trata de la funcionalidad y de los antecedentes patológicos previos que pueden alterar la sobrevivencia por una lesión de estas características o la sobrevivencia por una cirugía mayor o un traumatismo severo. PREGUNTADO: Es posible establecer bajo la ciencia médica, una vez hecho el hematoma, en qué momento se rompe ese hematoma? CONTESTÓ: Es muy difícil establecer el momento preciso, es más, no hay de acuerdo a lo registrado en la HC, el hematoma no estaba roto sino que estaba contenido y su cantidad era de 1.000 cm³, también se habla de laceración del hígado y rotura cervical, es decir estas lesiones hay que analizarlas de manera conjunta porque cada una de esas lesiones tiene una mortalidad alta, la causa de la muerte no fue solo la rotura traumática de la aorta sino la luxofractura de la columna cervical y la laceración del hígado y los huesos de la pelvis. El paciente fallece como consecuencia de la severidad de las lesiones, lo cierto es que la atención médica no fue la adecuada y disminuye la oportunidad de vida del paciente de haber recibido un diagnóstico y un tratamiento indicado y oportuno. PREGUNTADO: Esa tardanza en la llegada al HUSJ incrementa su grado de mortalidad? CONTESTÓ: Si señora juez, el retardo en la remisión influye puesto que el hospital donde se brinda la atención inicial es un hospital de baja complejidad, lo que el paciente tenía indicado era la realización de ayudas diagnósticas y valoraciones especializadas, recursos con los que no contaba el hospital. PREGUNTADO: Esa demora es usual encomendar estos pacientes así? CONTESTÓ: Hay dos situaciones, la primera es la atención médica inicial que se

47

brinda a ese Hospital Norte, se enfoca en un traumatismo facial y no se enfoca en los posibles traumatismos torácico abdominales que también están registrados en esa HC de ingreso y la segunda situación es la demora en la remisión que no es explicada por negligencia o por falta de cuidado de los médicos cuando deciden solicitar atención en un mayor nivel de complejidad sino que es explicada por trámites administrativos y por falencias del sistema de salud que hacen que no se reciba al paciente en los niveles de complejidad que el paciente requiere.

3. Análisis del Despacho

De conformidad con lo expuesto, el Despacho encuentra acreditado el daño invocado por la parte actora, pues está probado en el expediente que el señor LUIS HENRY CARABALÍ, presentó complicaciones en su estado de salud que ocasionaron su muerte, luego de sufrir un accidente de tránsito y presentar atención médica inicial en la ESE NORTE 3 sede Puerto Tejada el 21 de julio de 2013 y posterior traslado al Hospital Universitario San José de Popayán el 23 de julio de 2013, misma fecha en que falleció.

3.1. La imputación del daño

La Sección Tercera del Consejo de Estado ha consolidado una posición en materia de responsabilidad del Estado por la prestación del servicio de salud, en virtud de la cual aquella es de naturaleza subjetiva, advirtiendo que es la falla probada del servicio el título de imputación bajo el cual es posible configurar la responsabilidad estatal por la actividad médica hospitalaria, de suerte que se exige acreditar la falla propiamente dicha, el daño antijurídico y el nexo de causalidad entre aquella y éste¹³.

Constatado el daño, se procede a hacer la imputación entendida –de acuerdo con el profesor Juan Carlos Henao– como *“la atribución jurídica de un hecho a una o a varias personas que en principio tienen la obligación de responder”*. La imputación, insistimos, se estructura luego de haberse descubierto el nexo causal¹⁴, y se realiza en principio, respecto de la persona que ha resultado causante del hecho generador del daño.

¹³ 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.

¹⁴ En este sentido el profesor E. García de Enterría, Curso de derecho administrativo, vol. ii, Civitas, Madrid, reimp. 2003, p. 386, manifiesta: “En tal caso, la imputación de responsabilidad, en cuanto fenómeno jurídico, se produce automáticamente una vez que se prueba la relación de causalidad existente entre la actividad del sujeto productor del daño y el perjuicio producido”.

Antes de emitir un pronunciamiento sobre la responsabilidad estatal en la prestación del servicio de salud, frente a la ocurrencia de un resultado desafortunado, es preciso considerar sumariamente la naturaleza del acto médico y de la consecuente índole de las obligaciones que se derivan de su ejercicio.

Los presupuestos de la responsabilidad por falla médica son revisados actualmente bajo el régimen de la falla probada del servicio, en el cual no solo debe demostrarse la existencia de un daño, sino también su imputabilidad a la entidad que se demanda, así lo ha expresado el Consejo de Estado¹⁵ en su jurisprudencia de recientes años:

*“En lo que tiene que ver con la imputación del daño, la Sala considera pertinente precisar que en el asunto sub iudice, el **régimen de responsabilidad** bajo el cual se deben analizar las obligaciones resarcitorias que eventualmente existan a cargo del Estado, **es el de la falla probada del servicio, con las consecuencias probatorias que le son propias, tal y como se ha reiterado**¹⁶, en el sentido de precisar que “... en la medida en que el demandante alegue que existió una falla del servicio médico asistencial que produjo el daño antijurídico por el cual reclama indemnización, ...deberá en principio, acreditar los tres extremos de la misma: la falla propiamente dicha, el daño antijurídico y el nexo de causalidad entre aquella y ésta...”¹⁷.”*
(Negrillas del texto).

Sin embargo, a pesar del progreso en el ejercicio de la medicina, esta comporta riesgos cuyo control escapa a la ciencia, haciendo ajena a la actividad la completa exactitud y a cualquier pretensión de infalibilidad. Por ende, no es dable sostener que las obligaciones que las instituciones médicas y asimismo los profesionales de la salud contraen con los pacientes sean de resultado, por eso, la naturaleza de medio de las obligaciones médico asistenciales y hospitalarias es de común aceptación.

Lo anterior significa, básicamente, que el paciente tiene derecho a exigir la mayor diligencia posible, de donde se sigue como inconcuso, que el mero “fracaso” del procedimiento médico no constituye una violación de las obligaciones que se adquieren con la prestación, mientras que el desconocimiento de la atención debida sí se puede considerar lesiva del bien jurídico fundamental de la salud, así de esta no se siga como consecuencia

¹⁵ CONSEJO DE ESTADO. SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO, SECCIÓN TERCERA-SUBSECCIÓN B, Consejero Ponente (E): Danilo Rojas Betancourth, Bogotá D. C., veintiocho (28) de septiembre de dos mil doce (2012).

¹⁶ Ver, entre otras las siguientes sentencias de la Sección Tercera del Consejo de Estado: de 10 de febrero de 2000, exp. 11878, C.P. Alier Eduardo Hernández Enríquez; de 31 de agosto de 2006, exp. 15.238, de 30 de noviembre del mismo año, exp. 15201, la proferida en la misma fecha dentro del exp. 25063; y la de 23 de abril de 2008, exp. 17750, C.P. Mauricio Fajardo Gómez.

¹⁷ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 11 de mayo de 2006, exp. 14400, C.P. Ramiro Saavedra Becerra.

un daño adicional. Por lo tanto, el principal derecho del paciente es la atención adecuada y diligente, es decir que el personal médico acuda a todos los medios posibles para la salvaguarda de la vida y salud del paciente. Implica entonces, un ejercicio de prevención y tratamiento que se funda en el respeto por el derecho fundamental a la dignidad humana, de lo cual se sigue que la obligación médica se extiende a situaciones terminales, con un componente paliativo y que las acciones tendientes a la recuperación de la funcionalidad, integridad orgánica o a la mitigación del dolor deben realizarse siempre de acuerdo con la exigencia de respeto al paciente y sus allegados. En resumen, parte de la humanización a la que debe propender el servicio médico consiste en la implementación de procedimientos logísticos que agilicen y optimicen la atención al usuario, de modo que éste no vea agravada su situación con innecesarias dilaciones burocráticas o deficiencias en la dotación de elementos al igual que de personal médico, paramédico o asistencial.

Por lo anterior, una falla médica puede presentarse por una *mala praxis*, por parte del personal tratante, un desorden infraestructural de la institución médica o del sistema de salud como un todo en donde los médicos ven entorpecida su actuación, aunque actúen dentro de los parámetros de la diligencia posible. Entonces, puede configurarse una falla del profesional médico, pero también sistemática institucional¹⁸.

- **La responsabilidad de la ESE NORTE 3 – Punto de Atención Puerto Tejada:**

Según el informe policial de accidente de tránsito, el 21 de julio de 2013, se presentó un accidente de tránsito sobre la vía Puerto Tejada, donde resultaron involucrados dos vehículos y como resultado, lesionadas varias personas, entre ellas, el señor LUIS HENRY CARABALÍ.

En la historia clínica de la ESE NORTE 3 se registra el 21 de julio de 2013 a las 20:40 horas en atención de urgencias el ingreso del paciente, quien consulta por politraumatismo por accidente de tránsito, quien es recibido en alto grado de embriaguez, lo cual también se anotó en el informe policial de tránsito. Al momento de realizarle la valoración neurológica, presentó buena respuesta verbal, motora, ocular, lo cual corresponde a parámetros normales; sin fractura cervical, sin trauma de tórax, abdomen depresible no doloroso de la palpación.

Sobre la valoración neurológica, manifestó el médico de la ESE NORTE 3 en la práctica de la prueba técnica testimonial, CARLOS HERNANDO AGUILAR, quien trató al paciente CARABALÍ:

¹⁸ Cfr. Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección B, sentencia de 28 de febrero de 2013, C. P.: Stella Conto Díaz del Castillo, Exp. 26398.

“PREGUNTADO: Manifieste en que consiste una valoración neurológica al momento de la llegada de este paciente al punto de atención de la ESE Norte 3 en el Municipio de Puerto Tejada. CONTESTÓ: la historia clínica de un paciente, sobre todo de un paciente poli traumatizado, comprende como parte del tratamiento, la historia neurológica de un paciente, la valoración neurológica consiste en determinar en qué estado, presenta la parte nerviosa del sistema neurológico del paciente. PREGUNTADO: Perdón, pero a mí no me queda claro en que consiste una valoración neurológica, usted indico que aspectos se observa, pero si quiero que por favor le precise a la audiencia, y que nos describa un médico como hace una valoración neurológica, que le mira al paciente, que pruebas le hace, para que yo pueda saber que es una valoración neurológica. CONTESTÓ: La valoración neurológica es la búsqueda, de signos y síntomas que nos permitan entender como esta y cuál es el funcionamiento del cerebro y el daño cerebral y la columna vertebral, ósea esa es la parte neurológica. PREGUNTADO: Cómo se detectan esos signos, cuál es el examen que usted le hace cuando el paciente llega. CONTESTÓ: De acuerdo al estado del paciente se empieza por valorar la respuesta verbal, se saluda, eso nos permite dar cuenta de si el paciente esta consiente o inconsciente o si tiene algún problema neurológico que haya que destacar. Ósea son diferentes métodos y exámenes, que nos indica cómo está el sistema nervioso, se comienza con la inspección del paciente al llegar, el saludo ver como está el paciente si llega consiente, inconsciente, orientado, desorientado. PREGUNTADO: Esa es un parte, la parte verbal que otra parte hay en el examen neurológico. CONTESTÓ: El examen neurológico tiene que ver con, la inspección, la palpación, cuando se palpa se determina si hay sensibilidad o no hay sensibilidad, si hay temperatura”.

“Paciente que se encuentra estable, orientado en tiempo, lugar y persona, se comentó al CRUE CAUCA...”.

Para el 22 de julio de de 2013 a las 16:30 horas, se anotó: fl. 9-10:

“Paciente manifiesta dolor generalizado pero principalmente dolor facial... niega pérdida del conocimiento... no dolor abdominal, no dolor torácico...”

Diagnóstico: TCE leve – moderado, trauma cerrado leve y trauma abdominal cerrado. (negrilla fuera de texto).

Se explica a la familia que el paciente debe ser remitido... que aun no

Expediente No.: 19001-33-33-006-2015-00202-00
Demandante: LUZ AMANDA LOBOA GÓMEZ Y OTROS
Demandado: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE NORTE 3 – HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ
DE POPAYÁN
Medio de control: REPARACIÓN DIRECTA

52

ha sido aceptado por CRUE del Cauca que en caso de convertirse en una urgencia vital o que haya amenaza a la vida se traslada como urgencia vital más que en el momento se encuentra estable y debe seguir en observación de abdomen.

6:50 p.m.: se llama a CRUE Cauca desde celular personal debido a que... no contestan... se llama a 3218128623 en donde informan que el paciente aun no ha sido aceptado que esta en proceso de remisión se entera a la familia.

19:00: recibo de turno anterior... ya fue comentado con el CRUE Cauca con diagnóstico de fractura periodoncial, que esta pendiente la llamada del CRUE para ubicación del paciente. Al momento de recibirlo lo encuentro orientado en tiempo y espacio, consciente, sin signos sugestivos de déficit neurológico."

Luego, se registra en la historia clínica de la ESE NORTE 3, las notas de enfermería:

Anotaciones del 21 de julio de 2013 a las 20:40 horas: fl. 11:

"Ingresa paciente a la sala de urgencias inconsciente, desorientado, sin responder a ningún estímulo..."

El 22 de julio de 2013 a las 7 de la mañana, en las notas de enfermería se indicó: *"Paciente no ha sido posible remitirlo... se comenta al CRUE. 22/07/13 – 23:00h: Llama del CRUE Cauca, la jefe Jimena Caicedo quien refiere que el paciente fue aceptado en el Hospital San José de Popayán. Al momento paciente estable, se comunica a paciente y familiar que paciente fue aceptado"*

El médico CARLOS HERNANDO AGUILAR, respecto a las dos apreciaciones en la historia clínica del paciente, una del personal médico y otra del personal de enfermería, manifestó:

"CONTESTÓ: En este caso se observa, que la valoración médica, en el examen médico, de los médicos que atendieron al paciente, hay congruencia con respecto, a como se encontraba el paciente, sin embargo en las notas de enfermería, se presenta alguna incongruencia, lo que pasa es que un paciente según la médica que lo recibió, ingresa con un politraumatismo en estado de embriaguez, pues es difícil de valorar, de hacer un examen neurológico, para las niñas de enfermería, porque no tienen la suficiente experiencia ni el conocimiento necesario para hacer un adecuado examen neurológico, esto no es solo el personal de enfermería de la ESE, sino que en términos generales para

52

Expediente No.: 19001-33-33-006-2015-00202-00
Demandante: LUZ AMANDA LOBOA GÓMEZ Y OTROS
Demandado: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE NORTE 3 – HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ
DE POPAYÁN
Medio de control: REPARACIÓN DIRECTA

53

hacer un buen examen neurológico, en un paciente embriagado, el personal de enfermería no tiene el suficiente conocimiento y entrenamiento para ello”.

De las pruebas que se enuncia en esta providencia el Juzgado evidencia que se registra que el motivo de consulta por urgencias fue paciente con politraumatismo por accidente de tránsito.

En los signos vitales se registró ; *“no hay fractura cervical, no hay trauma de tórax, abdomen blando depresible no doloroso a la palpación, paciente con buena respuesta neurológica, verbal, motora, ocular, con parámetros normales”.* Por otra parte, en las notas de enfermería de la historia clínica de la ESE NORTE 3; se registró: *“ingresa paciente a la sala de urgencias, inconsciente, desorientado, sin responder a ningún estímulo”.*

Frente a dichas anotaciones el Juzgado acude para dilucidar la diferencia de apreciaciones entre los médicos que trataron al paciente y la enfermeras del mismo centro asistencial que el Sistema del CRUE registra que el paciente ingreso con glasglow de 8-15, no respuesta estímulo dolorosos, bajo el efecto del alcohol heridas pequeñas a nivel de cara y de mesd a nivel de muñeca, **ahora estable recuperó estado de conciencia orientado en T.L.P Glasgow 15-15** traumatismo a nivel periodontal con, fx a nivel de encia mas perdida de pieza dental Ap ninguno Dx **politraumatismo fx periodontal (...) con tce leve remisión para odontología TAC.**

Conforme lo anterior el despacho observa que la diferencia de apreciación del estado del paciente se explica en que el paciente ingresó inconsciente y en estado de alcoramiento, y por ello se determinó un glasglow de 8/15 pero posteriormente el paciente recupera su estado de conciencia.

Se acreditó que el paciente fue comentado por la ESE Norte 3 Punto de atención Puerto Tejada al CRUE Cauca en varias oportunidades por la ESE, pero fue imposible conseguir la remisión de manera inmediata. Además, los signos vitales del paciente se encontraba estables, situación por la cual no merecía ser catalogado como urgencia vital, conducta que era la esperada de un centro que tiene nivel de atención de menor nivel.

Sin embargo, se halla la guía clínica de manejo Hospital ESE NORTE 3, y debe destacarse para el caso de pacientes con trauma abdominal, se debe seguir el siguiente procedimiento: fl. 74-76:

“Objetivo: dar manejo inicial al paciente con trauma abdominal, clasificarlo, estabilizarlo y remitirlo según sea el caso a su nivel de

53

complejidad.

Población objeto: aplicable a todo paciente que acuda al servicio de urgencias por presentar trauma abdominal para ser aplicado por personal médico.

Trauma cerrado: los accidentes de automóvil, bicicletas y motocicletas son causa frecuente de trauma cerrado... El trauma cerrado de abdomen puede pasar desapercibido, especialmente cuando el paciente ha sufrido otro traumatismo severo, por ejemplo en las extremidades o en el cráneo... En los accidentes automovilísticos, el trauma cerrado se produce también por efecto del cinturón de seguridad.

La evaluación clínica incluye:

- *Estudios imagenológicos, los cuales deben ser solicitados en forma racional, según el tipo de trauma y las condiciones individuales de cada paciente. En casos de trauma mayor, estos generalmente incluyen:*

Radiografía de la columna cervical; radiografía simple de tórax; radiografía de pelvis; la radiografía simple de abdomen, aunque de valor muy limitado en el trauma abdominal, puede revelar la presencia de neumoperitoneo indicativo de perforación de una víscera hueca, así como el borramiento de las líneas del psoas (sic) que se asocia con lesiones retroperitoneales y fracturas óseas; se debe solicitar solo en casos seleccionados”.

El manejo para pacientes con trauma torácico que se encuentren en la ESE NORTE 3, es el siguiente:

“Objetivo: Valorar el trauma de tórax, clasificar, dar manejo inicial, estabilizar el paciente si es necesario, remitir a nivel de complejidad si se necesita.

Población objeto: aplicable a todo paciente que acuda al servicio de urgencias por presentar trauma torácico.

Se ha considerado la primera hora luego del trauma como el “periodo de oro”, durante el cual, con un manejo adecuado, rápido y oportuno, se puede reducir la mortalidad en el segundo y tercer pico de distribución trimodal de la mortalidad por trauma. Lo anterior significa que con

manejos adecuados y ordenados se disminuyen tanto la mortalidad como la morbilidad...

Revisión primaria: es la valoración rápida de las funciones vitales y se basa en el ABC del programa ATLS del Colegio Americano de Cirujanos:

En la radiografía de tórax hay ocho signos de anormalidad que hacen sospechar la ruptura de la aorta:

- *Ensanchamiento mediastinal*
- *Anormalidad del contorno aórtico*
- *Opacificación de la ventana aortopulmonar*
- *Desviación de la tráquea*
- *Desviación de la sonda nasogástrica*
- *Depresión o verticalización del bronquio*
- *Engrosamiento paratraqueal*
- *Aparición de un casquete apical*

La radiografía de tórax no confirma el diagnóstico, pero hace sospecharlo, este paciente debe ser remitido ante la sospecha clínica o los signos radiológicos.

Ruptura traumática de la aorta: Es la causa más común de muerte súbita en los accidentes automovilísticos y en caídas de alturas. La lesión se produce por un mecanismo de aceleración y desaceleración que induce la ruptura en una zona de la aorta que se encuentra fija, correspondiente al nivel del ligamento arterioso. La mayoría de los pacientes muere en el lugar de los hechos; sin embargo, algunos llegan vivos al servicio de urgencias. Según la historia, si se trata de un trauma de alta cinética con gran desaceleración, se debe mantener un alto índice de sospecha en cuanto a la existencia de esta gravísima lesión".

Se informó al despacho el portafolio de servicios definitivo de la Empresa Social del Estado ESE NORTE 3, establece los siguientes servicios disponibles en la ESE:

- *Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica: radiología e imágenes diagnósticas.*
- *Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica: toma de muestras de laboratorio clínico.*

Por su parte el dictamen del médico pericial de la Universidad CES, Dr. ANDRÉS FELIPE ACEVEDO BETANCUR, señaló:

*“El enfoque inicial del trauma es este caso, por parte del médico se enfoca al trauma cráneo facial, pues según su nota el paciente está estable hemodinamicamente, no tiene signos clínicos de trauma de tórax o abdomen. **No se solicitan las ayudas diagnósticas imagenológicas indicadas en la evaluación de trauma del paciente estable, de acuerdo al nivel de atención, en este caso radiografía simple de tórax.***

Por los hallazgos del examen físico de fractura dentaria se inicia proceso de remisión para evaluación por cirugía maxilofacial, y a pesar de que uno de los diagnósticos en este caso registrado es el trauma de tórax, no se solicitan la radiografía, el paciente continúa en observación hasta que se logra la remisión a un nivel mayor de atención más de 24 horas después del ingreso”.

Igualmente, frente a la atención del paciente politraumatizado, el perito señaló:

“El paciente politraumatizado independiente del nivel donde se brinde la atención médica debe ser evaluado de manera integral y rápida, con el fin de detectar rápidamente las lesiones que ponen en peligro la vida y así debe registrarse en la historia clínica de urgencias; de acuerdo a eso si el paciente se encuentra inestable, es decir con presión arterial baja, taquicardiaco, pálido y con compromiso del estado de conciencia...”.

Pese a que la causa por la que ingresó el paciente fue por politraumatismo y uno de las impresiones diagnosticas se registró como trauma de abdomen cerrado trauma cerrado leve trauma abdominal la conducta de los galenos solo se orientó a tratar el trauma facial descuidado la impresión de trauma cerrado y su abordaje.

El despacho no pasa por alto que que el CRUE Cauca informó a la ESE Norte tres punto de atención Puerto Tejada, hora 22:26 del 22 de julio de 2013, que el paciente había sido aceptado en el Hospital Universitario de Popayán.

No se anota por parte de la ESE tres Norte punto de atención de Puerto Tejada, a que horas efectivamente el paciente salió trasladado para la ciudad de Popayán dado que el espacio en la hoja de traslado se encuentra vacío. (fl. 14) y la mayor parte de dicho documento es ilegible.

De esta manera, se cuenta únicamente con la hora de llegada en una nota del Hospital Universitario San José de Popayán, que registra en la epicrisis de referencia y contra referencia que el paciente llega a las 11:30 a.m. del 23 de julio de 2013, lo cual coincide con lo registrado por el Coordinador del Centro regular de Urgencias de la Secretaria de Salud del Cauca (Fl 46). Es decir,

Expediente No.: 19001-33-33-006-2015-00202-00
Demandante: LUZ AMANDA LOBOA GÓMEZ Y OTROS
Demandado: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE NORTE 3 – HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ
DE POPAYÁN
Medio de control: REPARACIÓN DIRECTA

57

trascurrieron más de doce horas desde que el paciente tuvo cupo en el hospital San José de Popayán hasta que efectivamente arriba al centro asistencial, lo cual a juicio del juzgado constituye otras de las fallas en la atención de la ESE Norte Tres punto de atención puerto Tejada, pues no se entiende como razonable la demora del traslado toda vez la municipalidad de Puerto Tejada no dista más de horas de distancia de la ciudad de Popayán, en vehículo.

Como ya se dijo la hoja de traslado del paciente se anota accidente de tránsito, trauma facial, Dx. trauma de cara, especialidad requerida únicamente se anota ORL, donde una vez más se destaca el descuido de las demás impresiones diagnosticas como lo era el trauma cerrado.

Omisiones que a juicio del despacho compromete la responsabilidad de la ESE Norte 3, toda vez que el abordaje del paciente fue parcial, únicamente se concentraron en el trauma de cara dejando olvidado el trauma cerrado y el trauma de abdomen, situación que persistió en la remisión del paciente pues solo se remitió como un Dx de cara cuando en realidad habían registrado otros diagnósticos para abordar al paciente. Ello aunado con la tardanza injustificada del paciente desde el momento en que fue comunicado a al IPS por parte del CRUE Cauca que el paciente había sido aceptado en el HUSJ hasta su efectivo arribo.

Sin embargo y en atención al estado del paciente no es posible predicar que dichas omisiones fueron la causa eficiente de la muerte del paciente, toda vez que el informe de necropsia practicado por el Instituto Nacional de Medicina Legal, practicado el 24 de julio de 2013, estableció: fl. 31-36, a nombre del cadáver del señor Luis Henry Carabali. *“Manera de muerte: violenta. Causa de muerte: contundente.*

Principales hallazgos de necropsia: diagnósticos anatomopatologicos: trauma cerrado toraco abdominal severo de muy alta energía con: a) hemotórax masivo izquierdo y derecho, fracturas costales múltiples con tórax inestable, ruptura traumatica de aorta descendente de 1,5 cm, hematoma mediastinal y cervical por disección de 1000 cc, luxofractura de C1-C2 con contusión medular, laceración hepática y luxofractura sacroiliaca completa izquierda.

Empero, se puede establecer que dichas omisiones se enmarcan en una pérdida de oportunidad, teniendo en cuenta la gravedad de las lesiones que padeció el paciente en el accidente de tránsito, como más adelante se detallará.

57

Expediente No.: 19001-33-33-006-2015-00202-00
Demandante: LUZ AMANDA LOBOA GÓMEZ Y OTROS
Demandado: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE NORTE 3 – HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de control: REPARACIÓN DIRECTA

58

- **La responsabilidad del Hospital Universitario de Popayán**

Al momento del traslado del paciente, se registró en la hoja de traslado de la ESE NORTE 3: fl. 19:

Profesión o especialidad requerida: ORL odontología
Fecha de solicitud de atención: 22/07/13
Tipo de atención requerida: urgente

Paciente víctima de accidente de tránsito... con trauma facial... diagnóstico trauma de cara. Aceptado en el hospital San José de Popayán.

Cuando el paciente ingresó al Hospital Universitario San José de Popayán (HUSJ), presentaba el siguiente diagnóstico: FL. 18 C.P. 1 y 314 C.P. 2:

“Datos de ingreso: 23/07/13 – 11:30 a.m.:

Diagnóstico de ingreso: trauma maxilar inferior, trauma maxilar superior, trauma columna cervical.

Paciente quien hace dos días sufre accidente de tránsito en vía pública cuando se movilizaba como pasajero de vehículo particular y colisionó con otro vehículo. Refería dolor cervical y dolor mandíbula, viene remitido de Hospital de Puerto Tejada, es un paciente de fractura mandibular, en nota de remisión no hay datos de deterioro neurológico, ingresa estable hemodinámica según nota de ingreso y de triage, se estaba realizando tomografía de cara cuando súbitamente presenta episodio de dificultad respiratoria severa, se traslada a choque en facia respiratoria... tórax asimétrico con hiperresonancia en hemotórax izquierdo por lo cual se sospecha hemoneumotórax”.

El dictamen médico pericial rendido por el Dr. ANDRÉS FELIPE ACEVEDO BETANCUR, señaló respecto a la historia clínica del HUSJ:

“... en el nivel superior tampoco se hace la evaluación inicial adecuada dado el antecedente de politrauma y no se solicitan ayudas diagnósticas para descartar lesiones torácicas o abdominales que pongan en peligro la vida del paciente, 3 horas después de ingreso el paciente presenta paros cardiacos y respiratorios, no responde a maniobras de reanimación y fallece, según el informe de la necropsia registrado en el cuestionario para el dictamen, las causas del fallecimiento son: contusión medular, hemotórax masivo bilateral, ruptura traumática de la aorta abdominal, luxación sacro iliaca”.

58

Luego, en la audiencia de pruebas llevada a cabo el 2 de septiembre de 2019, diligencia en la que surtió la contradicción del informe pericial y se declaró en firme el mismo, se dijo por el perito:

“PREGUNTADO: Usted menciona que el paciente no recibe una atención inicial adecuada por cuanto no se le hizo todo lo necesario para evaluar el politrauma. Teniendo en cuenta los antecedentes de este paciente, que usted consignó, cuando ingresó al HUSJ, tenía aproximadamente 40 horas de evolución, las notas de la HC indican que no había trauma de tórax, que tenía un glasgow 15/15, que negaba dolor torácico y abdominal, examen cardíaco pulmonar que había resultado normal y finalmente el traslado que hace la ESE NORTE dice que solicita valoración ORL ODONTOLOGÍA, con esa evolución y esas anotaciones, era necesario que el HUSJ hiciera una valoración integral del paciente. CONTESTÓ: Lo diligente y prudente en este caso era hacer una valoración integral del paciente, una nueva HC, teniendo en cuenta los antecedentes y los mecanismos del trauma. En las anotaciones de la HC del HUSJ dice que paciente presenta dolor a la palpación del tórax, por lo tanto no es correcto lo que usted dice. En la HC de la ESE NORTE dice paciente que fue víctima de accidente de tránsito, se desconoce el mecanismo del trauma pero por la extensión del trauma craneofacial, se debe descartar un traumatismo de alta energía y dado que se trataba de un hospital con un nivel de complejidad que así lo ameritaba dado que el paciente se encontraba estable hemodinámicamente haber realizado imágenes diagnósticas para descartar lesiones del tórax o del abdomen”.

Por su parte, la guía clínica de manejo de paciente politraumatizado del HUSJ, establece:

“Paciente politraumatizado: manejo pre hospitalario: sospecha, triage y traslado:

“Sospecha: la existencia de un traumatismo grave debe sospecharse en cualquier paciente con antecedente de trauma que presenta alguna de las siguientes condiciones:

Anatómicas:

- Tórax inestable*
- Dos o mas fracturas de huesos largos*
- Herida penetrante en cabeza, cuello, dorso, ingle*

Mecanismo:

Expediente No.: 19001-33-33-006-2015-00202-00
Demandante: LUZ AMANDA LOBOA GÓMEZ Y OTROS
Demandado: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE NORTE 3 – HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de control: REPARACIÓN DIRECTA

60

- *Impacto a gran velocidad*
- *Impactos con gran descarga de energía*

Manejo médico:

- *Medidas generales: los pacientes politraumatizados deben ser tratados en unidades de paciente crítico con capacidad para prevenir y tratar las múltiples complicaciones potenciales del trauma: rabdomiolisis, infección, insuficiencia renal aguda, trombosis venosa profunda."*

Así las cosas, si bien es cierto el paciente fue remitido por trauma de cara, teniendo en cuenta el origen de las lesiones que era un accidente de tránsito, era deber del personal médico que atendió y recibió al paciente abordarlo como un paciente politraumatizado, teniendo en cuenta la información que obra en la historia clínica. Al respecto el perito indica que *en las anotaciones de la HC del HUSJ dice que paciente presenta dolor a la palpación del tórax así como la causa del mismo y que por la extensión del trauma craneofacial, se debió descartar descartar un traumatismo de alta energía, teniendo en cuenta que se trataba de un hospital con un nivel de complejidad mayor que así lo ameritaba dado que el paciente se encontraba estable hemodinámicamente si podían haber realizado imágenes diagnósticas para descartar lesiones del tórax o del abdomen, sin embargo no se hizo.*

Por tanto se considera que el HUSJ igualmente está en la obligación de responder, no por la muerte del señor LUIS HENRY CARABALÍ CANTOÑÍ, sino por la pérdida de oportunidad, en tanto hay certeza de una oportunidad que se cercena, pero existe el alea que de haber procedido con los exámenes de rigor y por tanto un diagnóstico oportuno, el paciente hubiera tenido las probabilidad de evitar en desenlace fatal.

- **La responsabilidad del Departamento del Cauca**

Respecto al traslado del paciente a un hospital de nivel superior y el llamado de la ESE NORTE 3 al CRUE CAUCA, el Coordinador del Centro Regulador de Urgencias de la Secretaría Departamental de Salud del Cauca informó el 7 de noviembre de 2014:

"El señor CARABALI CANTOÑI fue trasladado desde la ESE NORTE 3 punto de atención Puerto Tejada.

Se encontró registrada una llamada al Centro Regulador de Urgencias. La solicitud de remisión se realizó el día 22 de julio de 2013 a las 02:34 a.m. Solicitaban remisión por diagnósticos de: politraumatismo, fractura peridontal, trauma craneoencefálico leve y requería valoración por

60

odontología y tomografía axial computarizada.

Se consiguió cupo el día 22 de julio de 2013 a las 22:20 horas y se informa a la ESE NORTE 3 punto de atención Puerto Tejada el 22 de julio de 2013 a las 22:26 horas al Dr. Harold Cortez.

La ESE NORTE 3 punto de atención Puerto Tejada, no nos notifica hora de salida del señor CARABALI.

El traslado se realizó al Hospital Universitario San José de Popayán, donde ingresa el día 23 de julio de 2013 a las 11:33 a.m.”.

Ahora, la perspectiva de falla del servicio médico asistencial por demoras en la remisión de pacientes a niveles de mayor complejidad cuando con ellas se priva al afectado de oportunidades de tratamiento eficaz que habrían podido aliviar su cuadro clínico y propiciar curación o mejorar el pronóstico de la enfermedad, atenuar secuelas o cuando menos evitarle sufrimiento innecesario; se trata de imputar la falla y atribuir responsabilidad por pérdida de oportunidad.

Así las cosas, entendida la referencia como el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, dé respuesta a las necesidades de salud, existe falla médica asistencial en aquellos eventos en que se acredite que por la demora en la remisión el paciente fue privado del derecho de recibir oportunamente adecuada y eficaz atención integral en salud.

En suma, serán las particularidades de cada caso dadas en torno a la actividad probatoria de las partes las que permitan inferir si hay lugar a imputar responsabilidad estatal por los daños provenientes de la demora en la remisión del paciente y su traslado a la institución prestadora de salud encargada de su recepción, cuando la capacidad resolutoria del primer centro de contacto quede desbordada y deba acudir a niveles superiores de complejidad¹⁹.

Los lineamientos que preceden responden una discusión en torno a la imputación fáctica, únicamente por ahora; el enfoque dogmático propuesto para el tercer problema jurídico interroga si la demora en la ejecución de una orden de remisión a centro asistencial de mayor nivel de complejidad (servicio de referencia) puede comprometer la responsabilidad de la administración sanitaria. Y la respuesta es SÍ, cuando se establezca que haber actuado con presteza habría podido mejorar el pronóstico clínico.

¹⁹ Tribunal Administrativo de Casanare, Sentencia del 28 de agosto de 2014. MP. NESTOR TRUJILLO GONZÁLEZ. Radicado interno: 2014-00065.

Expediente No.: 19001-33-33-006-2015-00202-00
Demandante: LUZ AMANDA LOBOA GÓMEZ Y OTROS
Demandado: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE NORTE 3 – HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de control: REPARACIÓN DIRECTA

62

Nótese que no se trata de suponer simplemente, ni de exigir certeza de nexo causal entre daño y demoras. Lo primero no pasaría de conjeturar cuando nada se sabe; lo segundo, daría lugar a la plena atribución del resultado lesivo indeseado (“pérdida de la ganancia” y reparación integral). La pérdida de oportunidad se sitúa en un punto intermedio en el que la evidencia y el conocimiento científico disponibles hacen probable que pudiera evitarse el desenlace adverso, de haberse actuado con mayor prontitud²⁰.

El dictamen médico pericial rendido por el Dr. ANDRÉS FELIPE ACEVEDO BETANCUR, señaló respecto del traslado del paciente:

“PREGUNTADO: Esa tardanza en la llegada al HUSJ incrementa su grado de mortalidad? CONTESTÓ: Si señora juez, el retardo en la remisión influye puesto que el hospital donde se brinda la atención inicial es un hospital de baja complejidad, lo que el paciente tenía indicado era la realización de ayudas diagnósticas y valoraciones especializadas, recursos con los que no contaba el hospital. PREGUNTADO: Esa demora es usual encomendar estos pacientes así? CONTESTÓ: Hay dos situaciones, la primera es la atención médico inicial que se brinda a ese Hospital Norte, se enfoca en un traumatismo facial y no se enfoca en los posibles traumatismos torácico abdominales que también están registrados en esa HC de ingreso y la segunda situación es la demora en la remisión que no es explicada por negligencia o por falta de cuidado de los médicos cuando deciden solicitar atención en un mayor nivel de complejidad sino que es explicada por trámites administrativos y por falencias del sistema de salud que hacen que no se reciba al paciente en los niveles de complejidad que el paciente requiere”.

Desde el 22 de julio de 2013 a las 2 y 04 de la mañana, se comentó el caso al CRUE y fue aceptado en la misma fecha a las 10 y 2:20 horas.

Mediante Resolución No. 1220 de abril de 2010, se establecieron las condiciones y requisitos para la organización, operación y funcionamiento de los centros reguladores de urgencias, emergencias y desastres, CRUE:

ARTICULO 2", DEFINICIÓN. El Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres CRUE, es una unidad de carácter operativo no asistencial, responsable de coordinar y regular en el territorio de su jurisdicción, el

²⁰ Aclaración de voto. Sentencia del 13 de noviembre de 2014, MP. HÉCTOR ALONSO ÁNGEL ÁNGEL. Radicación 85001-3331-702-2021-00021-01.

62

acceso a los servicios de urgencias y la atención en salud de la población afectada en situaciones de emergencia o desastre. .

ARTICULO 5. FUNCIONES. Los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres CRUE, tienen las siguientes funciones y obligaciones:

De manera conjunta con los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, deben contribuir en la atención adecuada y oportuna de los pacientes que requieren atención de situaciones de urgencia.

Recibir la información y definir el prestador a donde deben remitirse los pacientes, en los casos de atención inicial de urgencias y autorización adicional que impliquen la remisión a otro prestador y no se obtenga respuesta por parte de la entidad responsable del pago, el prestador de servicios de salud.”

Mediante Decreto 412 de 1992, “Por el cual se reglamenta parcialmente los servicios de urgencias y se dictan otras disposiciones”; estableció:

ARTICULO 2o. DE LA OBLIGATORIEDAD DE LA ATENCIÓN INICIAL DE LAS URGENCIAS. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 2o. de la Ley 10 de 1990, todas las instituciones que ofrezcan servicios de salud están obligadas a prestar atención inicial de urgencia independientemente de la capacidad socioeconómica de los solicitantes de este servicio.

ARTICULO 4o. DE LAS RESPONSABILIDADES DE LAS ENTIDADES DE SALUD CON RESPECTO A LA ATENCION INICIAL DE URGENCIA. Las responsabilidades institucionales derivadas de la prestación de atención inicial de urgencia estarán enmarcadas por los servicios que se presten, acorde con el nivel de atención y grado de complejidad que a cada entidad le determine el Ministerio de salud.

PARAGRAFO. La entidad que haya prestado la atención inicial de urgencia tiene responsabilidad sobre el paciente hasta el momento en que el mismo haya sido dado de alta, si no ha sido objeto de una remisión. Si el paciente ha sido remitido, su responsabilidad llega hasta el momento en que el mismo ingrese a la entidad receptora.

El Decreto No. 4747 de 2007, “Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo”, señala:

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

Con el fin de garantizar la calidad, continuidad e integralidad en la atención, es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud la consecución de institución prestadora de servicios de salud receptora que garantice los recursos humanos, físicos o tecnológicos así como los insumos y medicamentos requeridos para la atención de pacientes. La responsabilidad del manejo y cuidado del paciente es del prestador remitente hasta que ingrese en la institución receptora. Cuando el transporte se realice en una ambulancia debidamente habilitada, que no dependa de la IPS remitente, la entidad que tiene habilitado el servicio de transporte será responsable de la atención durante el mismo, con la tecnología disponible de acuerdo con el servicio de ambulancia habilitado, hasta la entrega del paciente en la entidad receptora definida por la entidad responsable del pago.

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

Por medio de Resolución No. 3047 del 14 de agosto de 2008, se definieron los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007; se estableció:

Artículo 5. Formato y procedimiento para la respuesta de autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias y en el caso de autorización adicional. Si para la realización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias, en el acuerdo de voluntades se tiene establecido como requisito la autorización para su respuesta, se adoptará el formato definido en el Anexo Técnico No. 4 que hace parte integral de la presente resolución.

Para el cumplimiento de lo dispuesto en el presente artículo se tendrá en cuenta lo siguiente:

En caso de que la solicitud implique la remisión a otro prestador y no se obtenga respuesta por parte de la entidad responsable del pago, el prestador de servicios de salud deberá informar al Centro Regulador de Urgencias, emergencias y desastres - CRUE de la dirección territorial respectiva, o a la dirección territorial en el caso que no exista CRUE, quien definirá el prestador a donde debe remitirse el paciente. La entidad responsable del pago deberá cancelar el valor de la atención a la entidad receptora en los términos definidos en el acuerdo de voluntades y en el caso de no existir éste, en las normas vigentes sobre la materia y no podrá devolver la factura o glosarla con el argumento de tratarse de un servicio no autorizado. 6. En caso de que la entidad responsable del pago considere que no es procedente la autorización del servicio solicitado en el prestador solicitante, la entidad responsable del pago adelantará los trámites necesarios para definir la atención de los servicios incluidos en el plan de beneficios a su cargo, en condiciones de calidad en otro prestador en un término no mayor a cuatro (4) horas.

Teniendo en cuenta lo anterior, se endilga responsabilidad de la omisión al Centro Regulador de Urgencias, quien pese a que fue requerido en varias oportunidades, no fue posible conseguir el cupo por espacio de horas. Se resalta, que el CRUE, tiene como finalidad fortalecer la regulación de atención de urgencias en términos de efectividad y oportunidad, coordinar situaciones de emergencias en salud y regular la atención del paciente no urgente a nivel nacional, mediante la integración de recursos y la estandarización de procesos de las direcciones locales y departamentales de salud, por tanto se establece que contribuyó en la pérdida de chance a una adecuada y oportuna atención del LUIS HENRY CARABALÍ, como paciente que requería atención por su situación de urgencia, por lo que resulta procedente declarar la responsabilidad del Departamento del Cauca.

3.1.1 LA PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD O PÉRDIDA DE CHANCE COMO MODALIDAD DEL DAÑO REPARAR

En cuanto a la pérdida de oportunidad, se ha dicho que las expresiones “chance” u “oportunidad” resultan próximas a otras como “ocasión”, “probabilidad” o “expectativa” y que todas comparten el común elemento consistente en remitir al cálculo de probabilidades, en la medida en que se refieren a un territorio ubicable entre lo actual y lo futuro, entre lo hipotético y

lo seguro o entre lo cierto y lo incierto, a una zona limítrofe que se corresponde con “ ... una situación en que hay un comportamiento antijurídico que ha interferido en el curso normal de los acontecimientos, de manera que ya no puede saberse si el afectado por ese comportamiento ..., habría o no obtenido cierta ganancia o evitado cierta pérdida. Es decir que para un determinado sujeto había probabilidades a favor y probabilidades en contra de obtener o no cierta ventaja patrimonial, pero un hecho cometido por un tercero le ha impedido tener la oportunidad de participar en la definición de esas probabilidades”²¹.

En ese orden ideas, la pérdida de oportunidad o pérdida de chance alude a todos aquellos eventos en los cuales una persona se encontraba en situación de poder conseguir un provecho, de obtener una ganancia o beneficio o de evitar una pérdida, pero ello fue definitivamente impedido por el hecho de otro sujeto, acontecer o conducta éste que genera, por consiguiente, la incertidumbre de saber si el efecto beneficioso se habría producido, o no, pero que al mismo tiempo da lugar a la certeza consistente en que se ha cercenado de modo irreversible una expectativa o una probabilidad de ventaja patrimonial; dicha oportunidad perdida constituía, en sí misma, un interés jurídico que si bien no cabría catalogar como un auténtico derecho subjetivo, sin duda facultaba a quien lo ha visto salir de su patrimonio –material o inmaterial– para actuar en procura de o para esperar el acaecimiento del resultado que deseaba, razón por la cual la antijurídica frustración de esa probabilidad debe generar para el afectado el derecho a alcanzar el correspondiente resarcimiento.

La teoría de la pérdida de oportunidad alude al daño que sufre quien ve comprometida una posibilidad real de obtener un beneficio o evitar un deterioro, frente a ella la doctrina especializada ha señalado:

*“Como en los juegos de azar, los deportes y las actividades intelectuales consideradas, la alea (terapéutica), intrínseca a la actividad médico-sanitaria, puede plantear numerosas cuestiones de pérdida de oportunidad. La Medicina no es una ciencia exacta, de tal manera que es frecuente que enfermedades que parecen curables no remitan, pese a la adecuada aplicación de un tratamiento otras veces exitosos; y, al revés que se venzan patologías aparentemente insuperables. Por eso en muchos casos no se consigue la seguridad de que el paciente habría respondido favorablemente a un determinado tratamiento, aunque **si la***

²¹ CAZEAUX, Pedro, “Daño actual. Daño futuro. Daño eventual o hipotético. Pérdida de chance”, en *Temas de responsabilidad civil. En honor al doctor Augusto M. Morello*, N° 10, p. 23 y ss., *apud* TRIGO REPRESAS, Félix Alberto, *Pérdida de chance. Presupuestos. Determinación. Cuantificación*, Astrea, Buenos Aires, 2008, pp. 25-26. Citado en: Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. 11 de agosto del 2010. Radicación No. (18593). CP. MAURICIO FAJARDO GOMEZ.

certeza de que debió intentarse y de que al no practicarse se ha sacrificado culpablemente una oportunidad de recuperación o prolongación de la vida.”²²

Frente a la pérdida de oportunidad, el Profesor Mario Fernando Parra Guzmán, manifestó: “Se puede definir como evitar el resultado de una ventaja o expectativa esperada, que de lograrse redundaría en provecho para la víctima. No es indefectible ganancia de la situación o el desenlace final lo que se indica como perjuicio; **es privar al sujeto de la simple posibilidad o aspiración.**²³”

Así mismo el Consejo de Estado²⁴ ha dicho:

“La pérdida de oportunidad constituye, entonces, una particular modalidad de daño caracterizada porque en ella coexisten un elemento de certeza y otro de incertidumbre: la certeza de que en caso de no haber mediado el hecho dañino el damnificado habría conservado la esperanza de obtener en el futuro una ganancia o de evitar una pérdida para su patrimonio y la incertidumbre, definitiva ya, en torno de **si habiéndose mantenido la situación fáctica y/o jurídica que constituía presupuesto de la oportunidad, realmente la ganancia se habría obtenido o la pérdida se hubiere evitado**; expuesto de otro modo, a pesar de la situación de incertidumbre, hay en este tipo de daño algo actual, cierto e indiscutible consistente en la efectiva pérdida de la probabilidad de lograr un beneficio o de evitar un detrimento (...).

Por otra parte, con el fin de precisar los alcances de la noción de ‘pérdida de oportunidad’ conviene identificar con la mayor claridad posible sus límites: así, de un lado, en caso de que el ‘chance’ constituya en realidad una posibilidad muy vaga y genérica, se estará en presencia de un daño meramente hipotético o eventual que no resulta indemnizable y, de otro lado, no puede perderse de vista que **lo perdido o frustrado es la oportunidad en sí misma y no el beneficio que se esperaba lograr** o la pérdida que se pretendía eludir, los cuales constituyen rubros distintos del daño. En consecuencia, la oportunidad difuminada como resultado del hecho dañoso no equivale a la pérdida de lo que estaba en juego, sino a la frustración de las probabilidades que se tenían de alcanzar el resultado anhelado, probabilidades que resultan sustantivas en sí mismas y, por contera, representativas de un

²² Medina Alcoz Luis, La Teoría de la Pérdida de la Oportunidad. EDit THOMSON CIVITAS 2007 Página 69

²³ PARRA Guzmán, Mario Fernando. Carga de la prueba en la responsabilidad médica. Ed. Doctrina y Ley. Año edición: 2010.

²⁴ CONSEJO DE ESTADO. Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Sentencia de veintisiete (27) de marzo de 2014, C.P Carlos Alberto Zambrano Barrera.

*valor económico incuestionable que será mayor, cuanto mayores hayan sido las probabilidades de conseguir el beneficio que se pretendía, habida consideración de las circunstancias fácticas de cada caso.”*²⁵(Negrillas fuera de texto).

En consecuencia, la oportunidad difuminada como resultado del hecho dañoso no equivale a la pérdida de lo que estaba en juego, sino a la frustración de las probabilidades que se tenían de alcanzar el resultado anhelado, probabilidades que resultan sustantivas en sí mismas y, por contera, representativas de un valor económico incuestionable que será mayor, cuanto mayores hayan sido las probabilidades de conseguir el beneficio que se pretendía, habida consideración de las circunstancias fácticas de cada caso²⁶.

De acuerdo con lo anterior, puede sostenerse que los requisitos cuya concurrencia se precisa con el propósito de que pueda considerarse existente la pérdida de oportunidad como daño indemnizable en un caso concreto, son los siguientes:

(i) *Certeza respecto de la existencia de una oportunidad que se pierde, aunque la misma envuelva un componente aleatorio, lo cual significa que esta modalidad de daño da lugar a un resarcimiento a pesar de que el bien lesionado no tiene la entidad de un derecho subjetivo —pues se trata de un mero interés legítimo, de la frustración de una expectativa, sin que ello suponga que se trata de un daño puramente eventual—, **siempre y cuando se acredite inequívocamente la existencia de “una esperanza en grado de probabilidad con certeza suficiente” de que de no haber ocurrido el evento dañoso, la víctima habría mantenido la expectativa de obtener la ganancia o de evitar el detrimento correspondientes***²⁷;

(ii) *Imposibilidad definitiva de obtener el provecho o de evitar el detrimento, vale decir, la probabilidad de obtener la ventaja debe haberse convertido en inexistente, pues si la consolidación del daño dependiera aún del futuro, se*

²⁵ Consejo de Estado Sentencia del 7 de Julio de 2011 Exp. 20.139

²⁶ En la anotada dirección, se ha sostenido lo siguiente en punto de aquello en lo que consiste la pérdida de oportunidad: *“La desaparición de la probabilidad de un evento favorable, siempre y cuando esta oportunidad aparezca suficientemente seria. Cuando la pérdida de una oportunidad es establecida, constituye un perjuicio indemnizable. Pero este se limita a dicha pérdida; sólo la pérdida de la oportunidad será compensada, y no la totalidad del beneficio que la víctima habría obtenido en caso de que hubiese ocurrido el evento cuya realización ha sido impedida por culpa*

del deudor”. Cfr. LE TORNEAU, Philippe, *La responsabilidad Civil Profesional*, Legis, Bogotá, 2006, p. 85. Citado en: Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. 11 de agosto del 2010. Radicación No. (18593). CP. MAURICIO FAJARDO GOMEZ.

²⁷ A este respecto se ha sostenido que *“... la chance u oportunidad, es una posibilidad concreta que existe para obtener un beneficio. El incierto es el beneficio pero la posibilidad de intervenir es concreta, pues existe de forma indiscutible. Por eso sostenemos que existe daño jurídicamente indemnizable cuando se impide esa oportunidad o esa chance: se presenta el daño... Las dificultades pueden presentarse en la evaluación, porque lógicamente ésa no puede ser la del beneficio que posiblemente se habría obtenido sino otra muy distinta”* (énfasis añadido). Cfr. MARTÍNEZ RAVÉ, Gilberto y MARTÍNEZ. Citado en: Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. 11 de agosto del 2010. Radicación No. (18593). CP. MAURICIO FAJARDO GOMEZ.

trataría de un perjuicio eventual e hipotético, no susceptible del reconocimiento de una indemnización que el porvenir podría convertir en indebida; lo expuesto se antoja lógico en la medida en que si el resultado todavía puede ser alcanzado, el “chance” aún no estaría perdido y nada habría por indemnizar; por tanto, si bien se mantiene la incertidumbre respecto de si dicho resultado se iba a producir, o no, la probabilidad de percibir la ganancia o de evitar el perjuicio sí debe haber desaparecido definitivamente del patrimonio —material o inmaterial— del individuo porque dichos resultados ya no podrán ser alcanzados jamás.

Tal circunstancia es la que permite diferenciar la ‘pérdida de oportunidad’ del ‘lucro cesante’ como rubros diversos del daño, pues mientras que la primera constituye una pérdida de *ganancia probable* —dado que, según se ha visto, por su virtud habrán de indemnizarse las expectativas legítimas y fundadas de obtener unos beneficios o de evitar una pérdida que por razón del hecho dañoso nunca se sabrá si habrían de conseguirse, o no—, el segundo implica una pérdida de *ganancia cierta* —se dejan de percibir unos ingresos que ya se tenían²⁸.

(iii) La víctima debe encontrarse en una situación potencialmente apta para pretender la consecución del resultado esperado, es decir que debe analizarse si el afectado realmente se hallaba, para el momento en el cual ocurre el hecho dañino, en una situación tanto fáctica como jurídicamente idónea para alcanzar el provecho por el cual propugnaba, posición jurídica que “no existe cuando quien se pretende damnificado, no llegó a emplazarse en la situación idónea para hacer la ganancia o evitar la pérdida”²⁹.

En conclusión a lo anterior, no debe catalogarse como “pérdida de chance” ni los eventos en los cuales sí existe la razonable certeza de que el agente dañoso provocó el daño —pues allí estará demostrada la causalidad en virtud de que la alta probabilidad da lugar a la aludida razonable certeza y el daño sufrido en tales circunstancias no es la pérdida de la probabilidad sino la desaparición de la ventaja o provecho esperado, luego la íntegra reparación será lo jurídicamente procedente—, ni aquellos supuestos en los que las probabilidades de que así hubiere ocurrido resultan insignificantes —pues la

²⁸ Al respecto la doctrina afirma que “...”en el lucro cesante está ‘la convicción digamos más o menos absoluta de que determinada ganancia se produzca’, mientras que en la pérdida de chance hay ‘un álea que disminuye las posibilidades de obtenerla’, diríase que en el lucro cesante el reclamo se basa en una mayor intensidad en las probabilidades de haber obtenido esa ganancia que se da por descontado que de no haberse producido el hecho frustrante se habría alcanzado. Desde el prisma de lo cualitativo cabe señalar que el lucro cesante invariablemente habrá de consistir en una ganancia dejada de percibir, en tanto que la pérdida de chance puede estar configurada por una ganancia frustrada y además por la frustración de una posibilidad de evitar un perjuicio””. Cfr. VERGARA, Leandro, *Pérdida de chance. Noción conceptual. Algunas precisiones*, LL, 1995-D-78, N° 3, apud TRIGO REPRESAS, Félix Alberto, *Pérdida de chance*, cit., p. 262.

²⁹ ZANNONI, Eduardo, *El daño en la responsabilidad civil*, cit., pp. 110-111. Citado en: Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. 11 de agosto del 2010. Radicación No. (18593). CP. MAURICIO FAJARDO GOMEZ.

escasa probabilidad da lugar a que la víctima no tenga derecho a indemnización alguna—; por consiguiente, **solo hay lugar a la aplicación de la figura de la pérdida de chance** “... cuando el coeficiente de probabilidades de que el agente dañoso fuera causante rebasa un mínimo despreciable y no llega a la alta cota que lleva a hacer coincidir el daño ocasionado con la pérdida de la ventaja frustrada”³⁰.

La pérdida de oportunidad no representa, por tanto, una especie de daño *subsidiario* en defecto de prueba respecto de la relación causal entre el hecho o conducta censurados y el beneficio definitivamente perdido, sino una clase autónoma de daño respecto del cual no puede presentarse la tantas veces mencionada incertidumbre causal, toda vez que tal falta de certeza debería conducir, directa e indudablemente, a la exoneración de responsabilidad por el anotado concepto; de allí que resulte atinado aseverar que “cuando hablamos de la pérdida de una oportunidad, no podemos incluir allí la simple imposibilidad de saber cuál es la causa de un daño”³¹.

Es entonces la pérdida de oportunidad en cuanto a su reparación, la cuantificación de la indemnización a la cual debe dar lugar el reconocimiento de la pérdida de una oportunidad, no está de más reiterar que lo resarcible por este concepto es esa oportunidad misma y no el total de la ganancia o provecho perdido o del detrimento que se pretendía evitar; el objeto de la indemnización es una probabilidad y la adecuada compensación por la pérdida de la misma se corresponde con la apreciación en dinero del porcentaje de posibilidades de que la oportunidad respectiva se hubiere concretado.

En consecuencia, tratándose de eventos en los **cuales se accede a la reparación de la pérdida de un chance, lo indicado no puede ser el reconocimiento, en favor de la víctima, del valor total de la ventaja de la cual fue privado o del deterioro patrimonial que no pudo evitar a raíz del hecho del demandado, sino tener en cuenta que la oportunidad desaparecida tenía un valor y que es éste el que debe ser restablecido; ese valor, según antes se indicó, ha de resultar indiscutiblemente inferior a aquél que hubiere correspondido en caso de haberse demostrado el vínculo causal entre la**

³⁰ Cfr. MEDINA ALCOZ, Luis, *La teoría de la pérdida de oportunidad*, cit., p. 88. En el mismo sentido, el autor citado —p. 89— expresa lo siguiente en relación con el tipo de supuestos en los cuales la noción de pérdida de oportunidad debe tener aplicación: “Cuando la probabilidad no es insignificante, pero tampoco es alta, es decir, cuando las posibilidades de que la víctima hubiera conseguido la ventaja son serias y reales, pero insuficientes para tener por cierto el hecho causal, la víctima puede tener derecho a un resarcimiento (parcial) en concepto de chance irreversiblemente sacrificada” (énfasis añadido).

³¹ TAMAYO JARAMILLO, Javier, *Tratado de responsabilidad civil. Tomo II*, segunda edición, Legis, Bogotá, 2007, p. 360. De hecho, en el mismo lugar y con el fin de destacar la que entiende que es la “diferencia entre incertidumbre causal y pérdida de oportunidad —título número 354 de la obra aludida— el citado autor afirma que “el mayor problema que tiene la institución de la pérdida de una oportunidad radica en la permanente confusión entre incertidumbre causal de un daño que ya ocurrió y la pérdida de la oportunidad”. Citado en: Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. 11 de agosto del 2010. Radicación No. (18593). CP. MAURICIO FAJARDO GOMEZ.

pérdida del beneficio esperado por la víctima y el hecho de aquel a quien se imputa la correspondiente responsabilidad resarcitoria, es más, como también precedentemente se indicó, el monto de la indemnización por la pérdida de la oportunidad habrá de establecerse proporcionalmente respecto el provecho que finalmente anhelaba el afectado.

Ahora bien, para llevar a cabo las correspondientes operaciones y razonamientos en orden a establecer si una oportunidad perdida es resarcible, o no y en qué monto:

“... el juez debe realizar un análisis retrospectivo, para remontarse a la situación en que se hallaba el damnificado al ocurrir el hecho dañoso. Una vez situado allí, tendrá que realizar un análisis prospectivo de cómo podría haber evolucionado la situación del perjudicado, de acuerdo con las circunstancias en que se encontraba; es decir, determinar cuál de sus posibilidades era la de más probable realización. Establecido ello, se deberá evaluar, aproximadamente, cuál era la proporción estimativa de esa posibilidad, en comparación con los otros escenarios futuros posibles de la víctima.”

Ya la jurisprudencia del Consejo de Estado ha hecho alusión a la exigencia de que para la reparación de la pérdida de una oportunidad se demuestre, de manera clara, cuál era la probabilidad que tenía el perjudicado de alcanzar el beneficio que anhelaba o de evitar el detrimento que le fue irrogado, de modo que *“la determinación de la pérdida de la oportunidad no puede ser una mera especulación, es necesario que de manera científica quede establecido cuál era la posibilidad real del paciente de recuperar su salud o preservar su vida, y que esa expectativa real haya sido frustrada por omisiones o erradas acciones en la actuación médica”*³².

3.1.2 LA PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD EN EL CASO CONCRETO

Sobre las reglas que deben observarse para determinar una presunta falla en el servicio médico, se han resuelto diferentes problemas jurídicos bajo las siguientes conclusiones o premisas sobre el título de imputación aplicable y la carga de la prueba: **(i) Los litigios sobre falla médica se deben absolver bajo el régimen subjetivo de responsabilidad, esto es, falla probada; (ii) La carga de la prueba de los elementos de la responsabilidad administrativa recae sobre la parte demandante; como regla general (iii) Es posible acudir al medio probatorio de los indicios para probar los elementos de responsabilidad y (iv) la sola demostración de las actuaciones u omisiones de la prestación médica debida no es suficiente para imputar daños al Estado.**

³² Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia del 31 de agosto de 2006; Consejera Ponente: Ruth Stella Correa Palacio; Radicación: 15.772.

Tal como quedo registrado en el dictamen pericial y en el informe de medicina legal, las heridas sufridas en el accidente de tránsito por parte del señor Carabali era supremamente graves.

Según la severidad de la lesión que presentaba el paciente resulta complejo determinar si su diagnóstico temprano hubiera evitado la muerte, lo que si es cierto es que aumenta la oportunidad o la probabilidad de vida si se establece un diagnóstico y se procede a hacer un tratamiento quirúrgico de la lesión. La lesión de este paciente por sus características, es una lesión que tiene alta mortalidad pero que dicha mortalidad puede ser disminuida si se realiza el tratamiento médico y quirúrgico indicado.

El perito indicó: si la aorta se rompe y la hemorragia no es contenida con un hematoma como en este caso, la muerte es inmediata en el sitio del trauma, pero si la ruptura en la aorta que produce esa hemorragia se contiene con un hematoma, la muerte se puede producir después del trauma es decir, horas o días del mismo.

La radiografía de tórax puede mostrar signos indirectos que indiquen traumatismos de corazón o de grandes vasos, ensanchamiento del mediastino, la presencia de aire o líquido que envuelve el pericardio son signos indirectos que pueden indicar un traumatismo de corazón o de grandes vasos.

Explicó que en este tipo de heridas hablar de porcentajes de manera absoluta es difícil, pero se considera que la severidad de la lesión que tenía este paciente tiene una mortalidad mayor al 80%.

De lo anterior se establece que existe certeza respecto de la existencia de una oportunidad que se pierde en grado de probabilidad con certeza suficiente" de que de no haber mediado las fallas advertidas de parte de las la entidades accionadas la víctima habría mantenido la expectativa de obtener la ganancia o de evitar el detrimento correspondiente; que dicha posibilidad se cercenó totalmente y que a pesar de la gravedad de las heridas el paciente estuvo estable por mas de 24 horas, que permiten concluir que la victima contaba en su haber con unas probabilidades aunque bajas de eludir el resultado final azaroso.

Por lo anterior, el Hospital Universitario San José de Popayán, la Empresa Social del Estado ESE NORTE 3 y el Departamento del Cauca, deberán responder en forma solidaria por el daño autónomo causado al paciente por la pérdida de esa oportunidad.

4. INDEMNIZACIÓN DE PERJUICIOS

En lo que concierne a la cuantificación de la indemnización que corresponde otorgar cuando este daño se ha ocasionado, considera el Despacho oportuno hacer mención a lo que la Sección Tercera del Consejo de Estado dijo al respecto en sentencia del 9 de octubre de 2013³³, así:

“Por cuanto tiene que ver con la cuantificación de la indemnización a la cual debe dar lugar el reconocimiento de la pérdida de una oportunidad, no está de más reiterar que lo resarcible por este concepto es esa oportunidad misma y no el total de la ganancia o provecho perdido o del detrimento que se pretendía evitar; el objeto de la indemnización es una probabilidad y la adecuada compensación por la pérdida de la misma se corresponde con la apreciación en dinero del porcentaje de posibilidades de que la oportunidad respectiva se hubiere concretado.

“En consecuencia, tratándose de eventos en los cuales se accede a la reparación de la pérdida de un chance, lo indicado no puede ser el reconocimiento, en favor de la víctima, del valor total de la ventaja de la cual fue privado o del deterioro patrimonial que no pudo evitar a raíz del hecho del demandado, sino tener en cuenta que la oportunidad desaparecida tenía un valor y que es éste el que debe ser restablecido; ese valor, según antes se indicó, ha de resultar indiscutiblemente inferior a aquél que hubiere correspondido en caso de haberse demostrado el vínculo causal entre la pérdida del beneficio esperado por la víctima y el hecho de aquel a quien se imputa la correspondiente responsabilidad resarcitoria; es más, como también precedentemente se indicó, el monto de la indemnización por la pérdida de la oportunidad habrá de establecerse proporcionalmente respecto del provecho que finalmente anhelaba el afectado, en función de las mayores o menores probabilidades que tuviere de haber alcanzado ese resultado en el evento de no haber mediado el hecho dañino.

“Ahora bien, para llevar a cabo las correspondientes operaciones y razonamientos en orden a establecer si una oportunidad perdida es resarcible, o no y en qué monto.

‘... el juez debe realizar un análisis retrospectivo, para remontarse a la situación en que se hallaba el damnificado al ocurrir el hecho dañoso. Una vez situado allí, tendrá que realizar un análisis prospectivo de cómo podría haber evolucionado la situación del perjudicado, de acuerdo con las circunstancias en que se encontraba; es decir, determinar cuál de sus posibilidades era la de

³³ Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección A, exp. 30.286, M.P. Hernán Andrade Rincón, en esa sentencia se reiteró lo dicho en la proferida el 11 de agosto de 2010, exp. 18.593, M.P. Mauricio Fajardo Gómez.

más probable realización. Establecido ello, se deberá evaluar, aproximadamente, cuál era la proporción estimativa de esa posibilidad, en comparación con los otros escenarios futuros posibles de la víctima.

“Sólo entonces surgirá la cuantificación definitiva del chance perdido. Cuando se determine si era probable que se concretara y, por lo tanto, fuese indemnizable; en su caso en qué medida o proporción lo era o si en definitiva no lo era verdaderamente, en cuyo caso no sería, entonces, resarcible’³⁴.

“Para la cuantificación de la indemnización a reconocer por concepto de pérdida de oportunidad, entonces, será fundamental e ineludible el recurso a la estadística como herramienta que posibilita construir inferencias sobre la base del cálculo de las probabilidades que realmente tenía la víctima de conseguir el provecho esperado o de evitar la lesión a la postre padecida”.

En cuanto a las probabilidades que tenía la víctima evitar el daño a la postre padecido, el perito indicó que en el 80% de los casos la ruptura de la aorta es mortal, por tanto, el juzgado establece que el paciente por lo menos tenía en caso de un abordaje oportuno de la lesión el 20% de evitar el daño que a la postre padeció.

Frente a los perjuicios a reconocer el juzgado observa que no existe una línea clara de que clase de perjuicios se debe reconocer por pérdida de oportunidad.

Existen divergencias al interior de la Sección Tercera del Consejo de Estado, en cuanto al rubro de perjuicios a reconocer cuando se declara la falla del servicio por pérdida de oportunidad.

La primera posición señala que es viable el reconocimiento de perjuicios morales y el daño a la pérdida de oportunidad, los cuales son incompatibles con el reconocimiento de perjuicio materiales. (Exps. 18593, 19718 de 2010; 19360 de 2011).

Una segunda postura considera que solo proceden perjuicios por pérdida de oportunidad (Exp. 43646 de 2017; 44740 de 2018).

Por último, una tercera posición que propende por que la pérdida de oportunidad se debe indemnizar con toda la gama de perjuicios que acepta el ordenamiento y la jurisprudencia del Consejo de Estado (Exp.10755 de 2009; 29809 de 2014; 25706 de 2015, 25869 de 2017, 3753 de 2017).

³⁴ Original de la cita: “TRIGO REPRESAS, Félix Alberto, *La pérdida de chance*, cit., pp. 276-277”.

Expediente No.: 19001-33-33-006-2015-00202-00
Demandante: LUZ AMANDA LOBOA GÓMEZ Y OTROS
Demandado: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE NORTE 3 – HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ
DE POPAYÁN
Medio de control: REPARACIÓN DIRECTA

75

Por su parte el Tribunal Administrativo del Cauca en sentencia del 26 de septiembre de 2019, acogió la tesis planteada por la Subsección B de la Sección Tercera del Consejo de Estado, que solo ordena el reconocimiento de perjuicios morales, en atención a que la pérdida de oportunidad obedece precisamente a que se privó al paciente de la posibilidad de acceder a un tratamiento que dentro de lo probable le hubiera aumentado la expectativa de rehabilitación o de sobrevivida, ya que a ciencia cierta no es posible asegurar la obtención de un resultado totalmente positivo³⁵, por lo tanto considera que sólo es ese perjuicio el que se debe indemnizar.

Sin embargo, debe precisar el Juzgado que dicha postura fue abandonada por el Consejero Ramiro Pazos, al considerar en sentencias 25869 de 2017, 3753 de 2017 que la mejor postura es aquella que predica una indemnización integral del daño y que por lo tanto debe reconocerse la gama de perjuicios aceptados por la jurisprudencia, siempre se encuentren acreditados.

Con todo, el Juzgado entiende que el Tribunal acoge la tesis bajo la óptica del daño autónomo, que considera la pérdida de oportunidad como la posibilidad que tenía la víctima, que constituye una expectativa legítima de conseguir un provecho, la cual no responde al daño final que se quería evitar y en tal virtud no es procedente el reconocimiento de perjuicios materiales, ni ningún otro rubro indemnizatorio. Por lo tanto, el juzgado se adhiere a la postura del superior funcional.

De acuerdo a los registros civiles de nacimiento, se tiene que:

- MARÍA CRUZ CANTOÑI, es la madre de LUIS HENRY CARABALÍ CANTOÑÍ.
- RONALL FERNANDO MOLINA LOBOA es hijo de la señora LUZ AMANDA LOBOA GÓMEZ.

Prueba testimonial para demostrar las relaciones entre el señor LUIS HENRY CARABALÍ CANTOÑÍ y la señora LUZ AMANDA LOBOA GÓMEZ, al igual que con su hijo de crianza, RONALL FERNANDO MOLINA:

PRUEBA TESTIMONIAL: UBER ARNOLD LUCUMI PEÑA

PREGUNTADO: Indíquenos que sabe sobre su declaración. CONTESTÓ: Yo vengo a declarar sobre el caso de la familia del señor Henry Carabalí, sobre eso vengo a hacer la declaración. PREGUNTADO: Por qué conoció usted al

³⁵ Es preciso indicar que esta Corporación acogiendo la posición del Consejo de Estado antes referida, en caso de similares condiciones fácticas, confirmó la sentencia emitida en primera instancia en la que se limitó la indemnización por la pérdida de oportunidad, al pago de perjuicios morales. Sentencia No. RD-101 del 03 de septiembre de 2015, Radicación: 19001-33-31-002-2011-00014-01, Demandante: Miryam Ciceli Medina Quiles, Demandado: Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario -INPEC-, M.P.: Dra. Carmen Amparo Ponce Delgado.

75

señor Henry Carabalí. CONTESTÓ: Yo conocí al Henry Carabalí hace aproximadamente 30 años, fue trabajador de nosotros en un galpón donde se fabrica el ladrillo, la teja de barro, somos vecinos, fuimos vecinos. PREGUNTADO: En qué periodos trabajo o fechas trabajo en ese galpón que usted menciona. CONTESTÓ: No recuerdo la fecha, porque el después se retiró y se dedicó a la actividad de él. PREGUNTADO: Cuál era la actividad de él. CONTESTÓ: Él era sastre. PREGUNTADO: Pero recuerda aproximadamente en qué año ocurrió eso que el volvió a su actividad de sastre? CONTESTÓ: No porque yo me ausenté y si sabía que estaba en la actividad de sastre. PREGUNTADO: En qué lugar desempeñaba la actividad de sastre? CONTESTÓ: En la casa de él. PREGUNTADO: En donde estaba ubicada la casa de él? CONTESTÓ: En Puerto Tejada. PREGUNTADO: Usted era vecino en dónde? CONTESTÓ: Yo era vecino de la casa del éramos cercanos en Puerto Tejada. PREGUNTADO: Siempre ha vivido usted en la misma casa en Puerto Tejada. CONTESTÓ: No en la misma no, me cambié de residencia, pero en el mismo municipio. PREGUNTADO: En que año se cambió de residencia. CONTESTÓ: En 1978, que fue que me casé y ya me retiré de la casa. PREGUNTADO: Donde conoció al señor Luis Henry, en el primer barrio donde vivió en Puerto Tejada o después de 1978? CONTESTÓ: En el mismo barrio donde viví yo primero. PREGUNTADO: Usted trabajaba en el mismo lugar en el galpón para la época en que trabajó el señor Henry. CONTESTÓ: Si éramos propietarios de ese galpón. PREGUNTADO: Usted era el propietario? CONTESTÓ: Mi señor padre trabajábamos en esa actividad. PREGUNTADO: Y el señor Luis Henry que hacía? CONTESTÓ: Él fabricaba el adobe, era el que preparaba la tierra para hacer los adobes. PREGUNTADO: Sabe en qué circunstancias falleció Luis Henry Carabalí. CONTESTÓ: Tengo conocimiento de que fue un accidente. PREGUNTADO: Y usted como se enteró de ese hecho? CONTESTÓ: Al otro día de él haber tenido ese accidente me llegó la noticia a la casa que se había accidentado. PREGUNTADO: Usted sabe para esa fecha del accidente a que actividades laborales se dedicaba. CONTESTÓ: A la sastrería. PREGUNTADO: Y con quienes vivía el señor Henry? CONTESTÓ: El señor Henry vivía con la señora madre, con la esposa y el hijo de crianza. PREGUNTADO: Me puede decir los nombres de ellos? CONTESTÓ: La señora madre se llama María Cruz Cantoni, la señora esposa se llama Luz Amanda y el hijo se llama Ronald. PREGUNTADO: Usted sabe cuándo comenzó a convivir el señor Henry con la señora Amanda. CONTESTÓ: Aproximadamente unos 20 o 25 años aproximadamente. PREGUNTADO: Cuál era la relación del señor Luis Henry con ese hijo de crianza que usted indica? CONTESTÓ: Era afectuoso, era una relación de padre a hijo convivían, salían, era muy afectuosa esa relación de padre a hijo. PREGUNTADO: Como era la relación del señor Luis Henry con la mamá y con la esposa? CONTESTÓ: Muy bien, se la llevaban esas tres personas, compartían bien, yo doy este testimonio porque yo veía como compartían en ese hogar. PREGUNTADO: Después de que fallece el señor Luis Henry, usted sigue visitando

Expediente No.: 19001-33-33-006-2015-00202-00
Demandante: LUZ AMANDA LOBOA GÓMEZ Y OTROS
Demandado: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE NORTE 3 – HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ
DE POPAYÁN
Medio de control: REPARACIÓN DIRECTA

77

a la familia del señor Luis Henry. CONTESTÓ: Sigo visitando a la familia, cada que yo pueda voy y visito porque la señora madre es una anciana y quedo desprotegida al fallecer el señor Henry, los Domingos voy o cuando paso por ahí paso y la saludo. PREGUNTADO: Actualmente la señora madre del señor Luis Henry, con que obtiene los gastos para su manutención? CONTESTÓ: Haber, a la señora le colabora la esposa del señor Luis Henry, le colabora a ella y nosotros como vecinos también le colaboramos, porque sinceramente quedo muy desprotegida esa señora, ya que es una señora de aproximadamente 80 años. PREGUNTADO: La esposa del señor Luis Henry a qué actividad laboral se dedica? CONTESTÓ: Después de fallecer el señor Luis Henry la señora quedo trabajando en casas de familia, lavando ropa o aplanchando donde la llamaran, luego la señora se retiró y se fue a vivir a un municipio llamado Guacheen, allá la ocuparon como las llamadas escobitas. PREGUNTADO: Actualmente la señora Luz Amanda vive con la madre de Luis Henry. PREGUNTADO: Antes de fallecer el señor Luis Henry a que se dedicaba su esposa es decir la señora Luz Amanda. CONTESTÓ: Se dedicaba a las labores de la casa era ama de casa. PREGUNTADO: Qué cambios observo en la familia de Luis Henry después de su fallecimiento. CONTESTÓ: Lamentable, ver como quedó esa familia, quedo destrozada, daba tristeza ver a esa señora madre llorando, la esposa, el hijo, fue bastante lamentable porque ese muchacho era el que sostenía ese hogar con la actividad de sastre que tenía. PREGUNTADO: Usted sabe cuántos eran los ingresos de Luis Henry en su actividad como sastre. CONTESTÓ: Él nos mencionaba que mensual casi era el mínimo que el percibía de esa actividad. PREGUNTADO: Tenía algún sitio abierto al público. CONTESTÓ: Era ahí en la casa, a él le llegaban los clientes a la casa.

PRUEBA TESTIMONIAL: NESTOR COSME

PREGUNTADO: Sabe lo que usted va a declarar. CONTESTÓ: Si, el día 13 de julio me llego una citación a la casa, para una audiencia del señor Luis Henry Carabalí. PREGUNTADO: Que sabe usted de Luis Henry Carabalí porque lo conoció. CONTESTÓ: Luis Henry Carabalí, es una persona gran amiga mía, vecinos, vivíamos casi a dos casas de la residencia de él, vecinos. PREGUNTADO: Usted recuerda desde que fecha compartió con el cómo vecino. CONTESTÓ: Si, hace unos 16 años. PREGUNTADO: En que parte eran vecinos. CONTESTÓ: En Puerto Tejada barrio los arrobles. PREGUNTADO: Con quienes vivía el señor Henry, y me podría decir sus nombres. CONTESTÓ: Con su señora esposa, madre e hijos, María Cruz Cantoni, Luz Amanda y Ronall. PREGUNTADO: En que trabajan Luis Henry y Luz Amanda. CONTESTÓ: Luis Henry era sastre y Luz Amanda ama de casa. PREGUNTADO: Sabe en qué circunstancias falleció Luis Henry. CONTESTÓ: En un accidente de tránsito. PREGUNTADO: Como se enteró usted de esos hechos. CONTESTÓ: Me llego una notificación a mi casa de un accidente de tránsito, en la casa me informaron.

77

Expediente No.: 19001-33-33-006-2015-00202-00
Demandante: LUZ AMANDA LOBOA GÓMEZ Y OTROS
Demandado: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE NORTE 3 – HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ
DE POPAYÁN
Medio de control: REPARACIÓN DIRECTA

78

PREGUNTADO: Al cuanto tiempo se dio cuenta que sucedió el accidente. CONTESTÓ: El accidente fue el 21 de julio en las horas de la noche, hay me informaron que se había accidentado, y al día 23 falleció. PREGUNTADO: Como cambio la familia de Luis Henry después de su fallecimiento. CONTESTÓ: Tristes, muy desmotivadas, lloraban mucho. PREGUNTADO: En que cambio su vida. CONTESTÓ: Les cambio mucho, les faltaba la mano derecha, ya no era igual lloraban mucho, su familia no se encontraban, uno pasaba y saluda y toda la familia todos desmotivados y desconcentrados. PREGUNTADO: Ellos siguen viviendo en la misma casa que Vivian con Luis HENRY. CONTESTÓ: Su señora madre vive en su casa, era su casa materna, la esposa vive en Guacheen como a 30 minutos de Puerto Tejada. PREGUNTADO: Como era la relación del señor Luis Henry con las personas que usted me indica. CONTESTÓ: Eran muy unidos, se la mantenían siempre en el parque, se daban mucho cariño PREGUNTADO: Usted sabe por cuánto tiempo el Señor Luis Henry convivio con su señora esposa y tenían hijos. CONTESTÓ: Aproximadamente unos 20 años, tenían un hijo de crianza Ronald. PREGUNTADO: Como era la relación con el hijo de crianza. CONTESTÓ: Era una relación de padre a hijo y de hijo a padre, ellos se trataban mucho, eran muy apegados, se molestaban entre ellos. PREGUNTADO: Cuantos años tenía el hijo de crianza del señor Luis Henry cuando falleció. CONTESTÓ: Unos 23 años. PREGUNTADO: A que se dedicaba el hijo de crianza cuando falleció el señor Luis HENRY. CONTESTÓ: Estudiaba. PREGUNTADO: Donde estudiaba o que estudiaba cuando falleció el señor Luis Henry CONTESTÓ: Estudiaba la primaria. PREGUNTADO: El hijo de crianza trabajaba cuando falleció el señor Luis Henry. CONTESTÓ: No. PREGUNTADO: Usted sabe cuántos eran los ingresos del señor Luis Henry en su trabajo como sastre. CONTESTÓ: En la semana unos 25mil pesos, 250 mil pesos perdón. PREGUNTADO: Usted como sabe eso CONTESTÓ: Porque yo vivía a dos casas del trabajo de él, yo en la semana cada tres días y mantenía haya en el trabajo de el porque éramos muy vecinos, nos comunicábamos mucho hablábamos y compartíamos. PREGUNTADO: Pero usted porque sabe que era esa cifra de 250.000 pesos. CONTESTÓ: Porque el cocía muy bien y a él le iba bien con sus arreglos, el me comentaba. PREGUNTADO: Alguna vez usted pudo constatar que el ganaba esa cifra de 250.000. CONTESTÓ: Si, porque pues yo veía cuando él hacia los pantalones.

PRUEBA TESTIMONIAL: ALVARO EVELIO LUCUMÍ PEÑA

PREGUNTADO: Cuéntenos el motivo de su declaración. CONTESTÓ: Estoy aquí porque fui citado a esta audiencia, por cuyo motivo, tengo conocimiento del proceso que tiene la señora Amanda y vengo a manifestar el dolor que causo el fallecimiento del señor Luis Henry, hacia la familia donde él era el todo para esa familia, el respondía ciento por ciento de esa familia, por la mama, su hijo y la esposa. PREGUNTADO: Porque conoció al señor Luis Henry. CONTESTÓ:

78

Expediente No.: 19001-33-33-006-2015-00202-00
Demandante: LUZ AMANDA LOBOA GÓMEZ Y OTROS
Demandado: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE NORTE 3 – HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ
DE POPAYÁN
Medio de control: REPARACIÓN DIRECTA

79

Porque hemos sido vecinos en Puerto Tejada, hace muchos años yo creo que desde la infancia, en el barrio Luisa Roble y Antonio Nariño. PREGUNTADO: El vivió hay en ese barrio de su infancia. CONTESTÓ: Si correcto hasta el momento de su fallecimiento. PREGUNTADO: Al momento del fallecimiento del señor Luis Henry con quienes vivía. CONTESTÓ: Con María Cruz que era la mama, con Ronald que era el hijo y con Luz Amanda que era la esposa. PREGUNTADO: Como eran las relaciones de ellos con Luis Henry. CONTESTÓ: Muy buena, era una familia unida, él era el todo para ellos, muy respetuosos, muy cariñosos, una familia ejemplar peludo decirlo, por ese motivo el fallecimiento de Henry les dio muy duro a ellos, fue algo que hasta ahora los tiene afectados, cosa que tuvieron que acudir casi a la mendicidad, porque ellos no tenían de donde captar recursos, Henry era el que respondía el ciento por ciento de la familia. PREGUNTADO: Al momento del fallecimiento a que se dedicaba Luis Henry. CONTESTÓ: era sastre independiente, le trabajaba a todo el que necesitaba el servicio. PREGUNTADO: Donde trabajaba el señor Luis Henry. CONTESTÓ: En la casa de él. PREGUNTADO: Y la señora Amanda a que se dedicaba, para el omento en que fallece Luis Henry. CONTESTÓ: Ama de casa. PREGUNTADO: Después del fallecimiento del señor Luis Henry, usted pudo observar que cambio la vida de esta familia y que cambios observo. CONTESTÓ: Totalmente, en el sentido de que tuvo que ella salir rebuscarse para poder sostener a la familia, ayudar a su suegra, acabar de criar a su hijo ya que dependían de Luis Henry. Fue un golpe muy duro para la familia. PREGUNTADO: Actualmente la esposa, la mama y el hijo de Luis Henry viven juntos. CONTESTÓ: Si los fines de semana, sale la mama para el municipio de Guachene, pero todo el tiempo viven juntos.

Por consiguiente, acreditadas la relaciones del señor LUIS HENRY CARABALÍ CANTOÑÍ con la señora LUZ AMANDA LOBOA GÓMEZ y su hijo de crianza RONALL MOLINA LOBOA, se reconocerá a favor de la parte demandante por concepto del daño consistente en la pérdida de oportunidad, las siguientes sumas:

- A favor de la señoras MARÍA CRUZ CANTOÑÍ y LUZ AMANDA LOBOA GÓMEZ y su hijo de crianza RONALL FERNANDO MOLINA LOBOA, la suma equivalente a VEINTE (20) salarios mínimos legales mensuales vigentes, para cada uno.

5. DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE NORTE 3, llamó en garantía dentro de esta actuación a la compañía aseguradora LA PREVISORA S.A., en virtud de la póliza de responsabilidad civil extracontractual derivada de cumplimiento No. 1001739, la cual afirma se encontraba vigente para la fecha de los hechos.

79

El llamamiento en garantía es una figura procesal que permite convocar a un tercero al proceso, ante la existencia de un derecho legal o contractual, con el fin de que en el mismo se resuelva dicha relación y se determine si hay lugar a responderle al llamante, por una eventual condena contra éste. El objeto del llamamiento en garantía es que el llamado se convierta en parte procesal, a fin de que haga valer en el proceso su defensa acerca de las relaciones legales o contractuales que lo obligan a indemnizar.

En este caso, tenemos que existe un derecho contractual entre la ESE NORTE 3 y la compañía de seguros LA PREVISORA S.A., el cual se encuentra materializado en la póliza de seguros No. 1001739, y la cual al ser analizada encontramos que la misma cubría los siniestros que se ocasionaran entre el 14 de junio de 2013 y el 14 de junio de 2014, es decir que sí se encontraba vigente al momento de la atención del señor LUIS HENRY CARABALÍ CANTOÑÍ.

No obstante el reclamo a la Empresa Social del Estado Norte ESE 3 se formuló el 20 de febrero de 2015(fl 236), es decir que el reclamo al ente convocante se realizó por fuera de la vigencia de la póliza esgrimida. No obstante tal como lo señala la Previsora tal contrato de seguro fue renovado y el certificado 7 del mismo se encontraba vigente para la fecha de la reclamación por tanto este será el que deberá afectar de acuerdo a los límites y deducibles establecidos.

El Consejo de Estado, ha señalado sobre el riesgo asegurable:

“(…)

25.2. El riesgo asegurable: Este corresponde, según lo dispuesto por el artículo 1054, al “(...) suceso incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurado o del beneficiario, y cuya realización da origen a la obligación del asegurador”, estableciendo la norma que “Los hechos ciertos, salvo la muerte, y los físicamente imposibles, no constituyen riesgos y son, por lo tanto, extraños al contrato de seguro. Tampoco constituye riesgo la incertidumbre subjetiva respecto de determinado hecho que haya tenido o no cumplimiento”.³⁶

Igualmente, respecto del concepto de siniestro en sentencia de 12 de mayo de 2010, con ponencia del Dr. Hugo Fernando Bastidas Bárcenas señaló:

“El siniestro, por su parte, es la realización del riesgo asegurado, y, por tanto,

³⁶ CONSEJO DE ESTADO SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO SECCION TERCERA SUBSECCION B Consejero ponente: DANILO ROJAS BETANCOURTH Bogotá D.C, diecinueve (19) de junio de dos mil trece (2013) Radicación número: 25000-23-26-000-2000-02019-01(25472) Actor: HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA Demandado: LA PREVISORA COMPAÑIA DE SEGUROS Referencia: ACCION DE CONTROVERSIAS CONTRACTUALES

Expediente No.: 19001-33-33-006-2015-00202-00
Demandante: LUZ AMANDA LOBOA GÓMEZ Y OTROS
Demandado: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE NORTE 3 – HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ
DE POPAYÁN
Medio de control: REPARACIÓN DIRECTA

81

“incumbe al asegurado demostrar ante el asegurador la ocurrencia del mismo, el menoscabo patrimonial que le irroga (perjuicio) y su cuantía, para que éste a su turno deba indemnizarle el daño padecido, hasta concurrencia del valor asegurado.” En ese orden de ideas, en un contrato de seguro de cumplimiento, el nacimiento de la obligación a cargo del asegurador está subordinado al acaecimiento del evento dañoso previsto por las partes. Por ende, el siniestro constituye el origen de la obligación de pagar las correspondientes indemnizaciones.”

Y según el Código de Comercio (art. 1072), el siniestro es la *“realización del riesgo asegurado”*, lo que en otras palabras significa la ocurrencia del hecho que fue previsto como probable en la póliza al momento de tomar el seguro.

De acuerdo con las pruebas que obran en el expediente, en la Póliza No. 1001739, se señaló como amparos contratados los siguientes:

*“COBERTURA DE CLÍNICAS Y HOSPITALES
USO DE EQUIPOS DE DIAGNÓSTICO Y TERAP
ERRORES U OMISIONES PROFESIONALES*

*(...)
DAÑOS EXTRAPATRIMONIALES – 100.000.000*

Valor asegurado: 500.000.000

OBJETO: Se ampara la responsabilidad civil propia de la clínica, hospital y/u otro tipo de establecimientos o instituciones médicas bajo las limitaciones y exclusiones descritas en el clausulado general...

Teniendo en cuenta que, en el presente proceso, se condenó a la ESE NORTE 3 al pago a los accionantes por concepto de pérdida de oportunidad y perjuicios morales, al privar **de la oportunidad** de prolongar su expectativa de vida.

En la lectura de la póliza, se estableció el 10% del límite de indemnización por los daños extrapatrimoniales, frente a este tema la Corte Suprema de Justicia en sentencia de fecha 1 de octubre de 2014 sostiene:

“Recapitulando: i) las aseguradoras, por virtud del seguro de responsabilidad sólo están legalmente obligadas a pagar los perjuicios patrimoniales causados a la víctima o víctimas por el asegurado y no los sufridos por éste; ii) los perjuicios patrimoniales comprenden el daño emergente, el lucro cesante y los daños morales objetivados; iii) por tanto, no se incluyen perjuicios morales subjetivos ni

81

Expediente No.: 19001-33-33-006-2015-00202-00
Demandante: LUZ AMANDA LOBOA GÓMEZ Y OTROS
Demandado: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE NORTE 3 – HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ
DE POPAYÁN
Medio de control: REPARACIÓN DIRECTA

82

*daños fisiológicos o de la vida en relación, los que en consecuencia las aseguradoras no están obligadas a pagar, salvo estipulación en contrario; y **iv) si el asegurado pretende que paguen por él o le reembolsen las sumas que haya pagado por concepto de perjuicios morales subjetivos o daño en la vida de relación, debe aparecer en el contrato de seguro de responsabilidad una cláusula que asegure ese interés.***

Lo anterior nos lleva afirmar que efectivamente como se encuentra consignado en la póliza, el límite de indemnización por concepto de perjuicios extrapatrimoniales será del 10%, y así se declarará respecto de la entidad llamada en garantía.

Por lo anterior, se condenará a LA PREVISORA S.A. a restituir a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE NORTE 3, la suma que por perjuicios cancele a la parte accionante, reembolso que no podrá superar el límite máximo del valor asegurado y/o pactado en la póliza No. 1001739 y en especial el certificado de renovación No. 07 para el cual se tendrá en cuenta el deducible y demás condiciones de la póliza convenidos.

7. De la condena en costas

Según lo previsto en el artículo 188 del CPACA, la sentencia deberá disponer “sobre la condena en costas, cuya liquidación y ejecución se regirán por las normas del Código de Procedimiento Civil”. A su vez, el artículo 365 del CGP señala que se condenará en costas a la parte vencida en el proceso.

Así las cosas, la parte accionada fue vencida en juicio, por lo cual se le condenará en costas según las preceptivas antes mencionadas. Para tales efectos se dispondrá que por Secretaría se liquiden las costas y agencias en derecho las que se fijaran en \$ 300. 000 mil pesos a favor de cada uno de los integrantes de la parte actora y cargo de cada una de las entidades condenadas, según lo dispuesto en el artículo 366 del CGP y el Acuerdo 1887 de 2003, expedido por el Consejo Superior de la Judicatura.

En mérito de lo expuesto, **EL JUZGADO SEXTO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE POPAYAN**, administrando Justicia en el nombre de la República y por Autoridad de la Ley,

III. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, el Juzgado Sexto Administrativo del Circuito de

82

Expediente No.: 19001-33-33-006-2015-00202-00
Demandante: LUZ AMANDA LOBOA GÓMEZ Y OTROS
Demandado: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE NORTE 3 – HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de control: REPARACIÓN DIRECTA

83

Popayán, administrando Justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

FALLA:

PRIMERO.- DECLARAR no probadas la excepciones formuladas por el apoderado del Hospital Universitario San José de Popayán, de la Empresa Social del Estado ESE NORTE 3 y del Departamento del Cauca, de conformidad con lo expuesto en la parte considerativa de esta providencia.

SEGUNDO.- DECLARAR administrativamente responsable al **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN, LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE NORTE 3 Y AL DEPARTAMENTO DEL CAUCA**, por los daños ocasionados a la parte demandante como consecuencia de la muerte de LUIS HENRY CARABALÍ CANTOÑÍ que se materializaron en la pérdida de oportunidad como consecuencia de la fallas en la prestación del servicio de salud, por lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.

TERCERO.- CONDENAR al **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN, LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE NORTE 3 Y AL DEPARTAMENTO DEL CAUCA**, a pagar a la parte demandante en forma solidaria,

Por concepto de perjuicios morales:

- A favor de la señoras MARÍA CRUZ CANTOÑÍ y LUZ AMANDA LOBOA GÓMEZ y su hijo de crianza RONALL FERNANDO MOLINA LOBOA, la suma equivalente a VEINTE (20) salarios mínimos legales mensuales vigentes, para cada uno.

CUARTO.- CONDENAR a **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS**, a restituir **A LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE NORTE 3**, la suma que ésta última cancele a la parte demandante por concepto de condena aquí señalada, reembolso que no podrá superar el límite máximo de responsabilidad pactado y para el cual se tendrá en cuenta el deducible convenido, según se expuso en esta providencia.

QUINTO. - NEGAR las demás pretensiones de la demanda.

SEXTO.- El **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN, LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE NORTE 3 Y EL DEPARTAMENTO DEL CAUCA**, darán cumplimiento a esta sentencia en los términos previstos en el artículo 192 y 195 del CPACA.

83

Expediente No.: 19001-33-33-006-2015-00202-00
Demandante: LUZ AMANDA LOBOA GÓMEZ Y OTROS
Demandado: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE NORTE 3 – HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ
DE POPAYÁN
Medio de control: REPARACIÓN DIRECTA

84

SÉPTIMO. - CONDENAR en costas a la parte demandada de conformidad con lo dispuesto en el artículo 188 del C.P.A.C.A. Líquidense por secretaría, de conformidad con lo dispuesto en la parte motiva de la providencia.

OCTAVO.- De conformidad con lo dispuesto en los artículos 3 y 9 párrafo del Decreto 806 de 2020, todo memorial o documento presentado al juzgado deberá ser enviado simultáneamente a los correos electrónicos de los demás sujetos procesales y acreditarse su envío ante la autoridad judicial.

NOVENO. - ARCHIVAR el expediente previa cancelación de su radicación, una vez esté ejecutoriada esta providencia. Por secretaría líquidense los gastos del proceso.

DÉCIMO.- Efectúese la notificación de esta providencia conforme lo dispone el artículo 205 del CPACA, modificado por el artículo 52 de la Ley 2080 de 2021. Se presumirá que el destinatario ha recibido la notificación cuando el iniciador recepcione acuse de recibo o se pueda por otro medio constatar el acceso del destinatario al mensaje. De la notificación efectuada por medio de anotación en estados electrónicos, se enviará un mensaje de datos al canal digital de los sujetos procesales.

Parte demandante:

Hospital Universitario San José de Popayán: juridica@hospitalsanjose.gov.co
ESE NORTE 3: contacto@esenorte3.gov.co
procesosjudiciales@esenorte3.gov.co
Departamento del Cauca: notificaciones@cauca.gov.co
La Previsora S.A.: notificacionesjudiciales@previsora.gov.co

CÓPIESE, NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

La Juez,



MARÍA CLAUDIA VARONA ORTIZ

84