



**JUZGADO TREINTA Y OCHO ADMINISTRATIVO ORAL
CIRCUITO JUDICIAL BOGOTÁ D.C.
SECCIÓN TERCERA**

Juez: *ASDRÚBAL CORREDOR VILLATE*

Bogotá D.C., once (11) de mayo de dos mil veinte (2020)

Medio de Control: Reparación Directa
Radicación: 110013336038201500893-00
Demandante: Mario Martínez y otro
Demandado: Bogotá D.C.- Capital Salud y Otros
Asunto: Fallo primera instancia

El Despacho pronuncia sentencia de primera instancia dentro del proceso de la referencia, dado que el trámite se agotó en su integridad y no se aprecia ningún vicio que invalide lo actuado.

I.- DEMANDA

1.- Pretensiones

Con la demanda se piden las siguientes declaraciones y condenas:

1.1.- Se declare administrativa y extracontractualmente responsables al **HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.** y **CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S.**, por la falla en el servicio médico brindado al señor **MARIO MARTÍNEZ**, lo que le ocasionó como secuelas disfonía, disfagia e infarto cerebral.

1.2.- Que se declare que el **HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.** y **CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S.**, deben reconocer y pagar los perjuicios morales causados al señor **MARIO MARTÍNEZ** en una cantidad de 300 SMLMV y al señor **JOSÉ GUILLERMO MARTÍNEZ** en un monto de 200 SMLMV.

1.3.- Que se declare que el **HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.** y **CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S.**, deben pagar al señor **MARIO**

MARTÍNEZ los perjuicios causados respecto al daño a la salud o fisiológico en cuantía de 400 SMLMV.

1.4.- Que se declare que las entidades **HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.** y **CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S.**, deben pagar al señor **MARIO MARTÍNEZ** los perjuicios causados respecto al daño a la vida en relación y/o alteración grave a las condiciones de existencia en cuantía de 300 SMLMV.

1.5.- Que se declare que las entidades **HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.** y **CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S.** deben reconocer y pagar la totalidad del valor de los perjuicios materiales a los demandantes causados con ocasión a la falla en el servicio de salud.

2.- Fundamentos de hecho

Según lo reseñado en el escrito de la demanda, el Despacho los sintetiza así:

2.1.- El señor **MARIO MARTÍNEZ** se encontraba afiliado a **CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S.**

2.2.- En el mes de julio de 2013 padeció obstrucción con una espina de pescado cuando consumía alimentos, situación que lo obligó a desplazarse al municipio de Granada - Meta, para ingresar al servicio de urgencias del Hospital Departamental del mismo nombre.

2.3.- El 5 de julio de 2013 a las 20:59 ingresó por urgencias al Hospital Departamental Granada, en donde fue clasificado como triage 2, con un cuadro clínico de más o menos 5 días de evolución consistente en dificultad para la deglución por cuerpo extraño puntiagudo –espina de pescado-.

2.4.- Posteriormente, se efectuó la revaloración del diagnóstico a las 22:29 horas por medicina general, Dr. Learsi Samir Villazón Jinete, quien al efectuar la visualización del espacio laríngeo con laringoscopia no evidenció cuerpo extraño, sino que determinó hipertrofia de amígdalas grado 2 con criptas de predominio izquierdo y ordenó la salida del paciente.

2.5.- El anterior diagnóstico fue desacertado, inadecuado y negligente por parte del médico del servicio de urgencias del citado Hospital. Además, pese a

que el demandante cumplió con el tratamiento médico prescrito durante cuatro días sin observar mejoría, debió acudir a otra Institución de Salud.

2.6.- El 10 de julio de 2013 ingresó por urgencias del Hospital de Puerto Concordia - Meta, quienes decidieron de forma inmediata trasladarlo al Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E., ante su grave estado de salud.

2.7.- En el Hospital de Villavicencio le fue practicado TAC de Cuello, en el que se evidenció absceso cérvico torácico izquierdo con importante efecto de masa sobre vía aérea superior con estructuras vasculares, cuerpo extraño esófago superior y perforación esofágica.

2.8.- De inmediato el paciente fue intervenido quirúrgicamente, procedimiento en el que se obtuvieron los siguientes hallazgos: i) gran reacción inflamatoria cervical con aparente isquemia de tejidos blandos, ii) hematoma fétido cervical profundo sin colección purulenta, iii) gran reacción inflamatoria en mediastino anterior sin colección, iv) perforación amplia arteria carótida común (60%) con bordes necróticos y trombosis completa (?), v) perforación vena yugular interna trombosada, vi) perforación esófago de 2 cm, y vii) cuerpo extraño que parece espina de pescado de 3 x 0.3 cm.

2.9.- Como plan de manejo a los anteriores diagnósticos al aquí demandante le fue realizada cervicotomía, drenaje de absceso cervical, resección carótida y anastomosis T-T, ligadura vena yugular, rafia de esófago y colocación de dren, con postoperatorio por UCI con diagnóstico de choque mixto hipovolémico y séptico por mediastinitis.

2.10.- Con ocasión al hallazgo clínico de hemiplejía derecha fue practicado el TAC Cerebral Simple con reporte de infarto agudo en el territorio de la arteria cerebral media izquierda con pronóstico reservado.

2.11.- Posteriormente, la especialidad de neurología analizó hemiplejía fasciobraquial derecha y afasia de broka, doppler carotideo con hallazgo de trombosis arteria carótida izquierda, estenosis completa carótida izquierda sin recanalización.

2.12.- El 4 de agosto de 2013 cursó con diagnóstico de colección cervical drenada, manejada con analgésico y antibiótico.



2.13.- El 15 de agosto de 2013 en el Hospital Departamental de Granada al evidenciar materia en el esófago fue diagnosticado de fistula esofagocutánea.

2.14.- El 27 de septiembre de 2013 en el Hospital Departamental de Granada le fue diagnosticado un accidente vascular encefálico agudo no especificado hemorrágico.

2.15.- El 19 de agosto de 2014 el médico otorrino Juan Silva Fernández determinó como secuelas disfonía, disfagia e infarto cerebral.

2.16.- Entre la fecha de inicio del cuadro clínico hasta cuando fue diagnosticado de forma adecuada y pertinente, fue un periodo durante el cual se desarrolló una gran lesión y trombosis de la arteria carótida común, lo cual desencadenó el evento cardiovascular, así como las secuelas neurológicas y fisiológicas.

2.17.- En la fase inicial de la atención médica dada al aquí demandante existió error de diagnóstico porque no se trataba de una hipertrofia de amígdalas grado 2, por lo que el actuar del médico tratante configuró una pérdida de oportunidad en cuanto al tratamiento correcto.

2.18.- Si se hubiera brindado el tratamiento médico correcto desde el 5 de julio de 2013 cuando el actor consultó por primera vez en el Hospital Departamental de Granada, y no hasta el día 10 de julio de 2013, se hubieran evitado las afecciones de salud y secuelas o habrían sido de menor intensidad a las que experimentó, por lo que se perdió tiempo valioso y oportunidad adecuada en el respectivo tratamiento.

3.- Fundamentos de derecho

El apoderado de la parte demandante señaló como fundamentos jurídicos los artículos 11, 90, 209 y 283.4 de la Constitución Política de Colombia, los artículos 140, 164, 165, 166, 179, 187, 188, 189, 192, 193, 195 y siguientes del CPACA, Ley 446 de 1998, Ley 24 de 1992 y Decreto N° 941 de 2005.



II.- CONTESTACIÓN

2.1.- El 29 de marzo de 2017¹ el apoderado judicial de **CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S.**, dio contestación a la demanda, puso en entredicho la gran mayoría de los hechos y se opuso a las pretensiones. En el mismo escrito presentó las excepciones de mérito denominadas “ausencia de responsabilidad de CAPITAL SALUD EPS – S” e “inexistencia de falla médica”.

i).- Ausencia de responsabilidad CAPITAL SALUD EPS – S: Expuso que no tiene responsabilidad alguna en relación con la afectación del derecho a la salud del afiliado Mario Martínez, puesto que expidió las autorizaciones como aseguradora.

ii).- Inexistencia de falla médica: Dijo que no presta los servicios médicos asistenciales directamente porque se realizan a través de las Instituciones que hacen parte de la Red Prestadora de Servicios.

2.2.- El Hospital Departamental de Granada guardó silencio.

III.- TRAMITE DE INSTANCIA

La demanda fue presentada el 18 de diciembre de 2015² en la Oficina de Apoyo de la Sede Judicial del CAN, quien efectuó reparto del asunto asignándole el conocimiento a este Despacho³. El 16 de febrero de 2016⁴ el Juzgado inadmitió la demanda, la cual fue subsanada mediante escrito del 26 de febrero del mismo año⁵, lo que dio lugar a que con auto de 29 de marzo de 2016⁶ se admitiera en contra de BOGOTÁ D.C. – ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C., CAPITAL SALUD EPS – S S.A.S. y HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.

El 13 de enero de 2017⁷ se practicaron las notificaciones vía correo electrónico y para los días 7, 10, 13 y 19 de febrero de 2017⁸ se remitieron por medio de la empresa de correo postal, a la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del

¹ Folios 192 a 198 del Cuaderno 1

² Ver constancia de recibido del 18 de diciembre de 2015 consignada en la parte final del folio 114 del Cuaderno 1

³ Folio 115 del Cuaderno 1

⁴ Folio 116 del Cuaderno 1

⁵ Folios 125 a 126 del Cuaderno 1

⁶ Folios 127 del Cuaderno 1

⁷ Folios 181 a 188 del Cuaderno 1

⁸ Folios 145 a 156 del Cuaderno 1

Estado, a la Procuraduría 80 Judicial Administrativo de Bogotá D.C., al Hospital Departamental de Granada E.S.E. y CAPITAL SALUD EPS – S S.A.S, así como a la ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Una vez surtidas la totalidad de las notificaciones, se corrieron los traslados previstos en los artículos 172 y 199 del CPACA entre el 16 de enero al 3 de abril de 2017. El 29 de marzo de 2017⁹ el apoderado judicial de CAPITAL SALUD EPS – S S.A.S. contestó dentro de la oportunidad procesal.

En audiencia inicial de 3 de mayo de 2018¹⁰ el Juzgado se pronunció sobre las excepciones previas de falta de legitimación en la causa por pasiva CAPITAL SALUD EPS – S S.A.S., e ineptitud de la demanda, las cuales fueron declaradas infundadas. De otra parte, de oficio fue declarada la falta de legitimación en la causa por pasiva frente a Bogotá D.C. Igualmente, se evacuaron las demás etapas consistentes en la fijación del litigio, exhortación a las partes para que conciliaran sus diferencias sin existir ánimo conciliatorio, y se decretaron los medios probatorios solicitados por las partes.

En audiencias de 25 de septiembre de 2018¹¹ y 12 de febrero de 2019¹² se practicaron las pruebas decretadas, se declaró finalizada la etapa probatoria y se corrió traslado para presentar alegatos de conclusión. El mismo término se concedió al Ministerio Público para que rindiera concepto.

IV.- ALEGATOS DE CONCLUSIÓN

2.1.- El 21 de febrero de 2019¹³ el apoderado judicial de CAPITAL SALUD EPS – S S.A.S. presentó alegatos de conclusión con similares planteamientos a los expuestos en la contestación de la demanda, motivo por el cual el Despacho no encuentra necesario hacer resumen de estos.

2.2.- El 26 de febrero de 2019 el apoderado judicial de la parte demandante formuló sus alegaciones conclusivas para lo cual solicitó al Despacho acceder a sus pretensiones.

⁹ Folios 192 a 198 del Cuaderno 1

¹⁰ Folios 253 a 259 del Cuaderno 1

¹¹ Folios 273 a 279 del Cuaderno 2

¹² Folios 332 a 333 del Cuaderno 2

¹³ Folios 334 a 335 del Cuaderno 2

2.3.- El 26 de febrero de 2019 el apoderado judicial del Hospital Departamental de Granada E.S.E., sustentó sus alegatos conclusión con fundamento en la ausencia de falla del servicio médico, por tal razón solicitó la negación de las pretensiones de la demanda.

CONSIDERACIONES

1.- Competencia

Este Juzgado tiene competencia para conocer esta acción porque así lo determinan los artículos 140, 155 numeral 6, 156 numeral 6° y 164 numeral 2 letra i), del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

2.- Problema Jurídico

El litigio se circunscribe a determinar si **CAPITAL SALUD EPS S S.A.S.** y el **HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.**, son administrativamente responsables por los daños y perjuicios invocados por los demandantes, como consecuencia de la presunta falla en el servicio médico brindada al señor **MARIO MARTÍNEZ**, lo que le ocasionó como secuelas disfonía, disfagia e infarto cerebral.

3.- Presupuestos de la responsabilidad

Con relación a la responsabilidad del Estado, la Carta Política de 1991 produjo su "constitucionalización" al erigirla como garantía de los derechos e intereses de los administrados y de su patrimonio, sin distinguir su condición, situación o interés.

De lo dispuesto en el artículo 90 de la Constitución, cláusula general de responsabilidad extracontractual del Estado, se desprende que ésta tiene como fundamento la determinación de un daño antijurídico causado a un administrado y la imputación de este a la administración pública, tanto por su acción como por su omisión, ya sea atendiendo a los criterios de falla en el servicio, daño especial, riesgo excepcional o cualquier otro. En síntesis, la responsabilidad extracontractual del Estado se configura con la demostración del daño antijurídico y de su imputación a la administración.

El daño consiste en el menoscabo del interés jurídico tutelado y la antijuridicidad en que él no debe ser soportado por el administrado, ya sea porque es contrario a la Carta Política o a una norma legal, o, porque es “irrazonable” sin depender “de la licitud o ilicitud de la conducta desplegada por la Administración.”¹⁴.

La imputación no es otra cosa que la atribución fáctica y jurídica que del daño antijurídico se hace al Estado, de acuerdo con los criterios que se elaboren para ello, como por ejemplo la falla del servicio, el desequilibrio de las cargas públicas – daño especial, la concreción de un riesgo excepcional, o cualquiera otro que permita hacer la atribución en el caso concreto, tal como lo ha determinado el precedente del Consejo de Estado.

“(…) La circunstancia de que los hechos relatados en la demanda sean constitutivos de una falla del servicio, o conformen un evento de riesgo excepcional o puedan ser subsumidos en cualquier otro régimen de responsabilidad patrimonial de los entes públicos, es una valoración teórica que incumbe efectuar autónomamente al juzgador, como dispensador del derecho ante la realidad histórica que las partes demuestren (...)”¹⁵.

Finalmente, debe considerarse que la responsabilidad extracontractual no puede ser concebida simplemente como una herramienta destinada a la reparación, sino que debe contribuir con un efecto preventivo que permita la mejora o la optimización en la prestación, realización o ejecución de la actividad administrativa globalmente considerada.

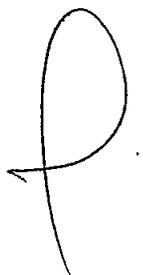
4.- Régimen de imputación derivado de la actividad médica

Ahora bien, en cuanto al régimen de responsabilidad derivado de la actividad médica, en casos como el presente, la Sección Tercera del Consejo de Estado ha establecido que el régimen aplicable es el de falla del servicio, realizando una transición entre los conceptos de falla presunta y falla probada, en la actualidad la posición consolidada del Consejo de Estado en esta materia la constituye aquella según la cual es la falla probada del servicio el fundamento bajo el cual es posible configurar la responsabilidad estatal por la actividad médica hospitalaria.¹⁶

¹⁴ Consejo de Estado- Sentencia de 23 de septiembre de 2009, Exp. 17.986.

¹⁵ Consejo de Estado- Sentencia de 7 de octubre de 2009. Exp. 35656.

¹⁶ Consejo de Estado – Sección Tercera, sentencia de 12 de mayo de 2011, Exp. 19.835.



Dicho título de imputación opera, como lo señala la jurisprudencia de la Sección Tercera del Consejo de Estado, no sólo respecto de los daños indemnizables derivados de la muerte o de las lesiones corporales causadas, sino que también comprende:

“...los que se constituyen por la vulneración del derecho a ser informado; por la lesión del derecho a la seguridad y protección dentro del centro médico hospitalario y, (...), por lesión del derecho a recibir atención oportuna y eficaz.”¹⁷

Cuando la falla probada en la prestación del servicio médico y hospitalario se funda en la “*lesión al derecho a recibir atención oportuna y eficaz*”, se debe observar que ésta produce como efecto la vulneración de la garantía constitucional que recubre el derecho a la salud, especialmente en lo que hace referencia al respeto del principio de integridad en la prestación de dicho servicio, el cual según el precedente jurisprudencial constitucional enseña:

“La protección al derecho fundamental a la salud no se limita simplemente al reconocimiento de los servicios que se requieren con necesidad; sino que comprende también su acceso de manera oportuna, eficiente y de calidad. La prestación del servicio de salud es oportuna cuando la persona lo recibe en el momento que corresponde para recuperar su salud sin sufrir mayores dolores y deterioros. En forma similar, el servicio de salud se considera eficiente cuando los trámites administrativos a los que se somete al paciente para acceder a una prestación requerida son razonables, no demoran excesivamente el acceso y no imponen al interesado una carga que no le corresponde asumir. Por otro lado, el servicio de salud es de calidad cuando las entidades obligadas a prestarlo actúan de manera tal “que los usuarios del servicio no resulten víctimas de imponderables o de hechos que los conduzcan a la desgracia y que, aplicando con razonabilidad los recursos estatales disponibles, pueden ser evitados, o su impacto negativo reducido de manera significativa para la persona eventualmente afectada.”¹⁸

Dicho principio de integralidad del servicio exige considerar, según el precedente jurisprudencial constitucional, que corresponde a:

“todo cuidado, suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes para el diagnóstico y el seguimiento, así como todo otro componente que el médico tratante valore como necesario para el pleno restablecimiento de la salud del paciente o para mitigar las dolencias que le impiden llevar su vida en mejores condiciones; y en tal dimensión, debe ser proporcionado a sus afiliados por las entidades encargadas de prestar el servicio público de la seguridad social en salud”¹⁹

¹⁷ Sala de lo Contencioso Administrativo- Sección Tercera- Subsección C, C.P.: Jaime Orlando Santofimio Gamboa, Bogotá, D.C., 2 de mayo de 2018. Rad. 68001-23-31-000-2000-02504-01(39038) Actor: José Antonio Hernández Camacho Y Otro Demandado: Caja Nacional De Previsión Social - Cajanal Y Otros Referencia: Acción De Reparación Directa- Apelación Sentencia.

¹⁸ Corte Constitucional, sentencia T-104 de 2010.

¹⁹ Corte Constitucional, sentencia T-1059 de 2006



A lo que se agrega, según el precedente jurisprudencial constitucional:

“Se considera por tanto que hay un daño, cuando se produce un dolor intenso, cuando se padece la incertidumbre y cuando se vive una larga e injustificada espera, en relación con la prestación de servicios médicos, la aplicación de medicamentos o la ejecución de procedimientos que no llegan o que se realizan de manera tardía o incomoda.

“Al respecto cabe destacar que el derecho a la salud de conformidad con la jurisprudencia de la Corte Constitucional:

-Debe ser integral:

“(…) la atención y el tratamiento a que tienen derecho los pertenecientes al sistema de seguridad social en salud cuyo estado de enfermedad esté afectando su integridad personal o su vida en condiciones dignas, son integrales; es decir, deben contener todo cuidado, suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes para el diagnóstico y el seguimiento²⁰, así como todo otro componente que el médico tratante valore como necesario para el pleno restablecimiento de la salud del paciente²¹ o para mitigar las dolencias que le impiden llevar su vida en mejores condiciones; y en tal dimensión, debe ser proporcionado a sus afiliados por las entidades encargadas de prestar el servicio público de la seguridad social en salud.”²²

En ese sentido, la Sala ha manifestado en decisiones precedentes que dicha falla se circunscribe a una consideración básica:

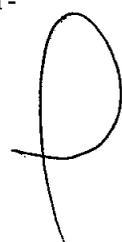
“La obligación de prestar asistencia médica es compleja, es una relación jurídica total, compuesta por una pluralidad de deberes de conducta (deber de ejecución, deber de diligencia en la ejecución, deber de información, deber de guardar secreto médico, etc.). Ese conjunto de deberes conforma una trama, un tejido, una urdimbre de la vida social responde a la idea de organización – más que de organismos- en punto a la susodicha relación jurídica total (…). Por tanto, aquel deber jurídico principal supone la presencia de otros deberes secundarios de conducta, como los de diagnóstico, información, recepción de la voluntad jurídica del enfermo – llamada comúnmente consentimiento del paciente-, prescripción, guarda del secreto profesional, satisfacción del plan de prestación en su integridad (actividad que supone no abandonar al enfermo y cuidar de él hasta darlo de alta)”²³

²⁰ “Que comprende, a su vez, diversas obligaciones: a) de habilidad y diligencia, referida la primera a aquellos supuestos en los que produzca un daño antijurídico como consecuencia de un diagnóstico, intervención o atención médica en un campo para el que el profesional, o la institución médica no tenga la aptitud o el personal idóneo en la especialidad necesaria, o de no consultar con un especialista, o de incumplirse el deber de aconsejar la remisión del paciente; b) obligación de medio técnicos, consistente en la existencia del material adecuado “para que el trabajo a realizar pueda efectuarse en condiciones normales de diagnóstico y tratamiento”; así como en el “mantenimiento en correcto estado de funcionamiento de los aparatos”, ámbito en el que cabe incluir la profilaxis necesaria, y; c) obligación de continuidad en el tratamiento”. FERNÁNDEZ HIERRO, José Manuel. Sistema de responsabilidad médica., ob., cit., pp.257 a 269.

²¹ En este sentido se ha pronunciado la Corporación, entre otras, en la sentencia T- 136 de 2004.

²² Corte Constitucional, sentencias T- 1059 de 2006; T- 062 de 2006; T- 730 de 2007; T- 536 de 2007; T- 421 de 2007

²³ Sección Tercera, sentencia de 18 de febrero de 2010. Exp. 17655.



Por otra parte, en relación con la carga de la prueba tanto de la falla del servicio como del nexo causal, el Consejo de Estado ha dicho que corresponde, en principio, al demandante, en los siguientes términos:

“La responsabilidad estatal por fallas en la prestación del servicio médico asistencial no se deriva simplemente a partir de la sola constatación de la intervención de la actuación médica, sino que debe acreditarse que en dicha actuación no se observó la lex artis y que esa inobservancia fue la causa eficiente del daño. Esa afirmación resulta relevante porque de conformidad con lo previsto en el artículo 90 de la Constitución, el derecho a la reparación se fundamenta en la antijuridicidad del daño, sin que sea suficiente verificar que la víctima o sus beneficiarios no estaban en el deber jurídico de soportarlo para que surja el derecho a la indemnización, dado que se requiere que dicho daño sea imputable a la administración, y sólo lo será cuando su intervención hubiera sido la causa eficiente del mismo (subrayado no original).

(...)”

En varias providencias proferidas por la Sala se consideró que cuando fuera imposible demostrar con certeza o exactitud la existencia del nexo causal, no sólo por la complejidad de los conocimientos científicos y tecnológicos en ella involucrados sino también por la carencia de los materiales y documentos que probaran dicha relación, el juez podía “contentarse con la probabilidad de su existencia”, es decir, que la relación de causalidad quedaba probada cuando los elementos de juicio que obraran en el expediente conducían a “un grado suficiente de probabilidad”, que permitían tenerla por establecida.

De manera más reciente se precisó que la exigencia de “un grado suficiente de probabilidad”, no implica la exoneración del deber de demostrar la existencia del vínculo causal entre el daño y la actuación médica, que haga posible imputar responsabilidad a la entidad que presta el servicio, sino que esta es una regla de prueba, con fundamento en la cual el vínculo causal puede ser acreditado de manera indirecta, mediante indicios.

Así la Sala ha acogido el criterio según el cual para demostrar el nexo de causalidad entre el daño y la intervención médica, los indicios se erigen en la prueba por excelencia, dada la dificultad que en la mayoría de los casos se presenta de obtener la prueba directa. Indicios para cuya construcción resulta de utilidad la aplicación de reglas de la experiencia de carácter científico, objetivo o estadístico, debidamente documentadas y controvertidas dentro del proceso.”

En lo tocante a la imputación, por virtud del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales, ratificado por Colombia²⁴, los Estados signatarios reconocen “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, garantía que la Carta Política de 1991 tradujo en el deber estatal de garantizar el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Ese derecho social no solo se interpreta como la posibilidad formal de acceder a esa clase de servicios, sino a que estos se presten de manera eficiente, digna,

²⁴ Ley 74 de 1968



responsable, diligente y de acuerdo con la *lex artis*; lo que debe traducirse en que a quien en evidentes condiciones de debilidad, derivadas de la enfermedad que lo aqueja, acude en procura del servicio, se le brinde una atención de calidad que le permita tener las mejores expectativas de recuperar la salud.

Esa interpretación no supone una obligación de resultado para el prestador del servicio, sino que debe comprenderse como la garantía del paciente a obtener la atención en las mejores condiciones disponibles, bajo el entendido de que quien acude en busca de un servicio médico confía en que será tratado de manera adecuada.

Sin embargo, conforme a pronunciamientos del Consejo de Estado la falla probada del servicio ha vuelto a tomar fuerza como régimen único de responsabilidad, prescindiendo de esta manera de las concesiones anteriores hechas para favorecer a la parte demandante. Así, el Alto Tribunal señaló:

“Tratándose de la responsabilidad del Estado, por la prestación del servicio de salud, **la parte actora deberá acreditar los supuestos de hecho que estructuran los fundamentos de esa responsabilidad, esto es, deberá acreditar la falla en la prestación del servicio médico de salud, el daño y la relación de causalidad entre estos dos elementos.** En el caso particular, si bien se demostró el daño que sufrieron los demandantes con ocasión de las lesiones padecidas por el soldado voluntario Jesús Albeiro Moreno, no se acreditó que ello obedeciera a la falta de atención oportuna o a una indebida atención médica (...). El escaso material probatorio que obra en el plenario permite establecer, con toda precisión, que lejos de lo afirmado por los actores en torno a la falta de atención médica oportuna del soldado lesionado, la demandada actuó pronta y diligentemente para atender el cuadro clínico que presentaba el uniformado...”²⁵ (Destaca el Despacho).

No obstante, en la misma providencia se recalcó los deberes que deben cumplir las instituciones que prestan el servicio de salud, así como los profesionales de la medicina, respecto de los pacientes dejados a su cuidado. Sobre el particular, el Consejo de Estado indicó:

“Debe recordarse que la obligación de prestar asistencia médica es compleja, pues se trata de una relación jurídica total, compuesta por una pluralidad de deberes de conducta -deber de ejecución, deber de diligencia en la ejecución, deber de información, deber de guardar secreto médico, etc.- Por tanto, aquel deber jurídico principal supone la presencia de otros deberes secundarios de conducta, como los de diagnóstico, información, recepción de la voluntad jurídica del enfermo [...], prescripción, profesional, satisfacción del plan de prestación en su integridad, **actividad que supone no abandonar al enfermo y cuidar de él hasta darlo de alta.**” (Resaltado fuera de texto).

²⁵ Consejo de Estado – Sección Tercera. Sentencia del 17 de marzo de 2010. C.P. Dra. Myriam Guerrero de Escobar. Radicación N° 50001-23-31-000-1996-05907-01(19756).

Entonces, para que exista responsabilidad administrativa y patrimonial del Estado por daño proveniente en la actividad médica, deben cumplirse de forma concurrente los siguientes presupuestos:

- i)** Un daño antijurídico.
- ii)** La ocurrencia de un hecho, operación u omisión atribuible a la entidad demandada, que constituya una falla en el servicio médico (título de imputación).
- iii)** Que exista relación de causalidad entre dicha falla médica y el daño realmente producido (imputación y nexo causal).

5.- Pérdida de oportunidad

Así entonces, siendo la responsabilidad del Estado por la prestación del servicio de salud de naturaleza subjetiva, es carga de la parte demandante probar la falla del servicio, al igual que el nexo de causalidad entre la acción u omisión de la Administración y el daño antijurídico²⁶.

Tratándose de la defectuosa prestación del servicio médico, el daño no siempre consiste en la afectación física o de las condiciones de salud del paciente, las que en no pocos eventos resultan afectadas o en riesgo con ocasión de la patología que determina al paciente a acudir en procura de atención médica o como consecuencia inherente al tratamiento indicado. En tales eventos, lo que se reprocha a título de daño no es la pérdida de la salud o eventualmente de la vida del afectado, sino la pérdida de la oportunidad de recuperación, esto es, que se prive al paciente del tratamiento idóneo que en condiciones acordes con la *lex artis* le hubiera generado una mayor probabilidad de éxito frente a su enfermedad.

En la pérdida de oportunidad el daño antijurídico no deriva del hecho mismo de la lesión física, de la secuela fisiológica o la muerte, sino del hecho consistente en que se prive al paciente del suministro del tratamiento o cuidado disponible que mayor beneficio le pueda reportar o que traiga aparejadas las mayores posibilidades de recuperación.

²⁶ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencias de: 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



Según lo sostenido en recientes pronunciamientos del Consejo de Estado, para que se configure la pérdida de oportunidad es necesario verificar la concurrencia de tres elementos: i) Falta de certeza o aleatoriedad del resultado esperado, es decir, la incertidumbre respecto a si el beneficio o perjuicio se iba a recibir o evitar; ii) certeza de la existencia de una oportunidad; iii) certeza de que la posibilidad de adquirir el beneficio o evitar el perjuicio se extinguió de manera irreversible para la víctima. Sobre el alcance de cada uno ha dicho la jurisprudencia²⁷:

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

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

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

Pérdida definitiva de la oportunidad. En tercer lugar se debe acreditar la imposibilidad definitiva de obtener el provecho o de evitar el detrimento. Es indispensable que se tenga la certeza de que la posibilidad de acceder al beneficio o evitar el perjuicio fue arrancada definitivamente del patrimonio -material o inmaterial- del individuo tornándola en inexistente, porque si el beneficio final o el perjuicio eludido aún pendiera de la realización de una condición futura que conduzca a obtenerlo o a evitarlo, no sería posible afirmar que la oportunidad se perdió, ya que dicha ventaja podría ser aún lograda o evitada y, por ende, se trataría de un daño hipotético o eventual;

²⁷ Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección B, sentencia de 5 de abril de 2017, exp. 25706, M.P. Ramiro Pazos Guerrero.

dicho de otro modo, si bien se mantiene incólume la incertidumbre respecto de si dicho resultado se iba a producir, o no, la probabilidad de percibir el beneficio o de evitar el perjuicio sí debe haber desaparecido de modo irreversible, en la medida en que si el resultado todavía puede ser alcanzado, el "chance" aún no estaría perdido y, entonces, no habría nada por indemnizar."

De acuerdo con lo anterior, el derecho a la indemnización igualmente surge frente a las entidades que prestan servicios de salud cuando a pesar de haberse originado la patología o lesión por causas completamente ajenas a la misma, la atención que se le brinda al paciente no es la esperada conforme a la *lex artis*, y ello le hace perder la oportunidad de una pronta mejoría o incluso lleva a que la lesión se agrave injustificadamente.

6.- Asunto de fondo

6.1. De la responsabilidad del Hospital de Granada Meta S.A.

El problema jurídico que se plantea al Despacho, consiste en determinar si el **HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA META S.A.** y **CAPITAL SALUD EPS - S.A.S.**, son administrativamente responsables por los daños y perjuicios invocados por los demandantes, como consecuencia de la presunta falla en el servicio médico brindado al señor **MARIO MARTÍNEZ**, lo que le ocasionó como secuelas disfonía, disfagia e infarto cerebral.

Los reproches que se formulan por los demandantes en contra de los entes demandados se contraen a: i) omisión de diagnóstico de la patología padecida por el señor Mario Martínez, y ii) pérdida de oportunidad del tratamiento que desencadenó las afecciones de salud del paciente. En contraste a ello, el Hospital Departamental de Granada E.S.E., replicó la imputación del daño antijurídico por no encontrarse demostrada la falla del servicio endilgada a la entidad.

En este contexto, del acervo probatorio obra como primera consulta por urgencias del Hospital Departamental Granada la efectuada el día 5 de julio de 2013, por el médico general Dr. Learsi Villazón Linete, con los siguientes hallazgos:

"(...) MOTIVO DE CONSULTA:
CUADRO CLÍNICO DE MAS O MENOS 5 DÍAS DE EVOLUCIÓN
CONSISTENTE EN DEGLUSIÓN DE CUERPO EXTRAÑO PUNTIAGUDO
(ESPINA DE PESCADO) POR LO CUAL LLEGA CON REMISION



AMBULATORIA DESDE EL PRIMER NIVEL SIN DATOS DE
DESCOMPENSACIONES VENTILATORIAS.

(...)

REVISIÓN POR SISTEMAS:

CARDIOPULMONAR

DOLOR EN REGIÓN SUBMANDIBULAR

(...)

* INSPECCIÓN GENERAL PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES
GENERALES SIN DATOS DE DESCOMPENSACIONES HEMODINAMICAS
NI VENTILATORIAS

* CABEZA / CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS, EXPLORACIÓN
FARINGEA QUE EVIDENCIA HIPERTROFIA AMIGDALAS DE PREDOMINIO
IZQUIERDO AMIGDALAS CRIPTICAS

* CARDIOVASCULAR RS CS RS NO SOPLOS

* PULMONAR RS NO AGREGADOS

* ABDOMEN NO DOLOROSO

* GENITURINARIOS NORMAL

* COLUMNA / DORSO NORMAL

* EXTREMIDADES SIN EDEMA

* NEUROLOGICO SIN DEFICIT

* PIEL NORMAL

DIAGNOSTICO:

T12 CUERPO EXTRAÑO EN LA LARINGE (...)”²⁸

Posteriormente, el mismo médico tratante Dr. Learsi Villazón Linete efectuó
revaloración del diagnóstico en los siguientes términos:

“(...) REVALORACIÓN

PACIENTE QUE AL REALIZAR VISUALIZACIÓN DE ESPACIO LARINGEO
CON LARINGOSCOPIO NO SE EVIDENCIA CUERPO EXTRAÑO POR EL
CONTRARIO DE (sic) HALLA HIPERTROFIA DE AMIGDALAS (sic) GRADO
2, CON CRIPTAS DE PREDOMINIO IZQUIERDO.

RX DE CUELLO LATERAL: NO EVIDENCIA RADIOOPACIDAD
COMPATIBLES CON CUERPO EXTRAÑO EN LARINGE. POR LO QUE SE
PROCEDE A DAR ALTA MEDICA CON FORMULACIÓN,
RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA. (...)”²⁹

Contrario al diagnóstico de egreso dado por el Hospital Departamental de
Granada, obra concepto médico de 10 de julio de 2013 que da cuenta de un re-
diagnóstico por la misma sintomatología con ocasión a la atención médica
brindada en el Hospital Departamental de Villavicencio, así:

“HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO E.S.E.
HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

Datos Personales Nombre del Paciente: MARIO MARTÍNEZ

(...)

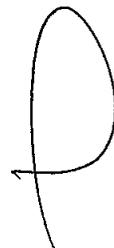
Motivo de Consulta

REMITIDO DE PUERTO CONCORDIA CON DX DE TRAUMA ESOFAGICO
POR ESPINA.

Enfermedad Actual

²⁸ Folio 10 del Cuaderno 1

²⁹ Folio 8 del Cuaderno 1



REFIERE HACE DOS SEMANAS INGIRO OCCIDENTALMENTE (SIC) ESPINA DE PESCADO POR LO QUE CONSULTO A HOSPITAL DE GRNADA (SIC) DONDE REALIZAN ENDOSCOPIA CON REPORTE NORMAL MANIFIESTA EL PACIENTE - NO TRE (SIC) REPORTE ENTREGADO - FUE DADO DE ALTA Y HACE DOS DIAS PRESENTA DISFAGIA Y HEMATEMESIS EN DOS OCACIONES (SIC) ASOCIADO A FIEBRE Y DOLOR (SIC) Y EDEMA DE CUELLO POR LO QUE ACUDE A HOSPITAL DONDE TOMA CH REPORTA HB 8, HTO 29, LEUCOS 20300.

(...)

Examen Físico por Sistemas

(...)

Estado General REGULAR ESTADO GENERAL
Piel y Mucosa PALIDEZ MUCOCUTANEA

(...)

Cuello y Columna PRESENTA HEMATOMA DOLOROSO EN BASE
CUELLO BILATERAL

(...)

Abdomen BLANDO, DEPRESIBLE, PERISTALSIS NORMAL, LEVE DOLOR A LA PALPACIÓN DEL EPIGASTRIO

(...)

ANALISIS

PACIEMNTE (SIC) CON ALTA PROBALIDAD DE LESION ESOFAGIA Y VASCULAR CERVICAL, SE HOSPITALIZA

PLAN MANEJO

1. NVO (SIC)
2. RINGER 120 CC HORA
3. OMEPRAZOL 40 MG IV CADA 12 HORAS
4. CLINDAMICINA 600 MG IV CADA 6 HORAS
5. GENTAMINICINA 240 MG IV CADA DIA SIN FUNCIÓN RENAL NORMAL
6. SS / CH, GLICEMIA, BUN, CRETININA, PT, PTT, RX, CUELLO, RX TORAX, TAC CONTRASTADO DE CUELLO
7. TRANSFUNDIR 3 UDS GRE
8. CSV Y AC
9. AVISAR SI PRESENTA DIFICULTAD RESPIRATORIA PARA ASEGURAR LA VÍA AEREA
10. VALORACION POR CIRUGIA GEBNERAL

Diagnósticos

Código	Descripción	Dx Principal
K223	PERFORACION DEL ESOFAGO	Ppal. ✓
(...) ³⁰		

El anterior diagnóstico de perforación del esófago fue reiterado en consulta del 11 de julio de 2013 a las 5:57 am por el médico cirujano general, Dr. Giovanni González Bernal, quien hizo el seguimiento de la evolución en los siguientes términos así:

"(...)

CIRUGIA GENERAL

PACIENTE DE 64 AÑOS QUIEN REFIERE HABER CONSUMIDO HACE 2 SEMANAS ESPINA DE PESCADO QUIEN PRESENTA DESDE HACE 2 DÍAS

³⁰ Páginas 1 y 2 de la copia digital de la Historia Clínica del paciente Mario Martínez del Hospital Departamental de Villavicencio contenida en el CD-R obrante a folio 97 B del Cuaderno 1

DISFAGIA Y EMATEMESIS EN 2 OCASIONES ASOCIADO A DOLOR, FIEBRE Y EDEMA DE CUELLO POR LO CUAL CONSULTA ANTECEDENTES DE FRACTURAS COSTALES EXAMEN FISICO. HIDRATADO, AFEBRIL AL TACTO, HEMATOMA DOLOROSO EN BASE DE CUELLO BILATERAL. ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO

ANALISIS:

PACIENTE MASCULINO DE 64 AÑOS QUIEN PRESENTA PROBABLE LESION ESOFAGICA PENDIENTE TOMA DE TAC CUELLO CONTRASTADO Y RESULTADOS, SE INICIA ANTIBIOTICO TERAPIA. ADEMAS SE LE TRANSFUNDEN 3 UGRE. (...)”³¹

Posteriormente, a las 11:28 am el médico cirujano, Dr. Ciro Eliécer Sánchez Valenzuela además del diagnóstico de perforación de esófago, determinó otra patología consistente en una posible lesión vascular, por lo que en su momento se procedieron a realizar los ajustes de manejo, así:

“(…)

Evolución
 Interpretación de Paraclínicos
 Plan de Manejo

CIRUGIA DR C. SANCHEZ
 PCTE CON H.C. ANOTADA DE CUERPO EXTRAÑO EN ESOFAGO DE 11 DIAS DE EVOLUCION CON PROBABLE LESION ESOFAGICA Y/O VASCULAR. REFIERE DOLOR INTENSO EN REGION SUPERIOR HEMICUELLO DERECHO E INFERIOR HEMICUELLO IZQUIERDO, ADEMAS HEMATEMESIS Y DISFAGIA LEVE, NO DISFONIA E.F. AFEBRIL, HIDRATADO. FC 84 X MIN, FR 18 X MIN.
 CUELLO CON APARENTE AUMENTO DIFUSO DEL VOLUMEN PRINCIPAL MENTE CERVICAL SUPERIOR DERECHO, DOLOR A MOVILIZACIÓN Y PALPACIÓN DIFUSA CON EMPASTAMIENTOS UPRACLAVICULAR IZQ MUY DOLOROSO, NO ENFISEMA, NO HEMATOMAS PULSATILES NI EXPANSIVOS, NO TRHIL C/P NORMAL, ABDOMEN NORMAL.

ANALISIS

SE CONSIDERA POSIBLE PERFORACION ESOFAGICA **Y VASCULAR (??)** CERVICAL, EN EL MOMENTO SIN CLARIDAD Y SIN URGENCIA VITAL POR LO QUE SE ESPERA TAC DE CUELLO Y SE SOLICITA ESOFAGOSCOPIA PARA DECIDIR MANEJO QUIRURGICO SE CONTINUA MANEJO ANTIBIOTICO. (...)”³²

Luego, el 11 de julio de 2013 a las 17:41 con ocasión a los resultados del TAC CUELLO sobresale hallazgo de efecto de masa sobre la vía aérea superior y estructuras vasculares supra esternales, las cuales se reportan desviadas a la derecha con datos de extensión del proceso al mediastino anterior con cambios inflamatorios pleurales aplicables izquierdos con presencia de cuerpo extraño a nivel de esófago superior. Enseguida, a las 17:51 del 11 de julio de 2013 una vez más se evidencia perforación esofágica con absceso cervical posiblemente

³¹ Página 4 de la copia digital de la Historia Clínica del paciente Mario Martínez del Hospital Departamental de Villavicencio contenida en el CD-R obrante a folio 97 A del Cuaderno 1

³² Página 6 de la copia digital de la Historia Clínica del paciente Mario Martínez del Hospital Departamental de Villavicencio contenida en el CD-R obrante a folio 97 A del Cuaderno 1



extendido mediastino anterior, motivo por el cual se decidió manejo quirúrgico con cervicotomía³³.

Entre las 8:00 pm y las 11:30 pm del 11 de julio de 2013³⁴ con ocasión al desarrollo de los procedimientos de cervicotomía, drenaje absceso cervical, resección carótida, anastomosis T-T, ligadura vena yugular, rafia esófago colocación de DREN, registraron los siguientes hallazgos intraoperatorios, así:

- 1.- Gran reacción inflamatoria cervical con aparente isquemia tejidos blandos.
- 2.- Hematoma fétido cervical profundo sin colección purulenta.
- 3.- Gran reacción inflamatoria en mediastino anterior sin colección.

4.- Perforación amplia arteria carótida común 60% con bordes necróticos y trombosis completa (?)

- 5.- Perforación vena yugular interna trombosada.
- 6.- Perforación esófago de 2 cm.
- 7.- Cuerpo extraño espina de pescado de 3 x 0-0 cm.

El procedimiento realizado se contrajo a: **i)** incisión cervical anterior izquierda en piel, TCSC y platisma, **ii)** se diseco músculo ECMDEO, **iii)** fue reparado el proximal arteria carótida y distal vena yugular interna, **iv)** fue reparado proximal vena yugular interna y distal arteria carótida, **v)** se abrió área de colección y se drena hematoma, **vi)** se disecó arteria carótida, se desbridó y se realizó anastomosis T-T con puntos continuos prolene 5-0, **vii)** se disecó vena yugular interna que fue ligada con seda 2-0, **viii)** fue realizada disección de perforación esofágica que se rafia con puntos continuos de VI CRYL 3-0, **ix)** fueron colocados drenes de pen rose por contravertura a esófago y mediastino anterior que se extrae por contravertura y se fija a piel, y **x)** cierre por planos con VICRYL 3-0 y piel con subdérmicos prolene 3-0.

El 12 de julio de 2013 a las 1:12 am³⁵ al paciente le fue diagnosticado como patologías posteriores a la intervención quirúrgica, las siguientes: i) choque hipovolémico, ii) pop inmediato cervicotomía, reconstrucción de arteria carótida común izquierda, ligadura de vena yugular interna, extracción de cuerpo extraño, rafia de esófago, drenaje de absceso cervical, iii) perforación

³³ Página 8 de la copia digital de la Historia Clínica del paciente Mario Martínez del Hospital Departamental de Villavicencio contenida en el CD-R obrante a folio 97 A del Cuaderno 1

³⁴ Página 11 de la copia digital de la Historia Clínica del paciente Mario Martínez del Hospital Departamental de Villavicencio contenida en el CD-R obrante a folio 97 A del Cuaderno 1

³⁵ Página 14 de la copia digital de la Historia Clínica del paciente Mario Martínez del Hospital Departamental de Villavicencio contenida en el CD-R obrante a folio 97 A del Cuaderno 1



arteria carótida común izquierda con trombosis completa, perforación de vena yugular interna trombosada, perforación esofágica de 2 cms con hematoma fétido cervical con efecto de masa sobre la vía aérea superior y iv) cuerpo extraño esófago – hueso de pescado -.

Posteriormente, con ocasión a la evolución en cuidados intensivos a las 10:25 am de 12 de julio de 2013³⁶ empeoraron las condiciones de salud del paciente inclusive con riesgo de muerte, conforme se aprecia en la transcripción que a continuación se relaciona, así:

- “1. CHOQUE: MIXTO HIPOVOLEMICO Y SEPTICO.
2. SEPSIS DE ORIGEN TORACCICO: MEDIASTINITIS

CONDICIONES GENERALES SIGNOS VITALES TA 144/77 (65) FC 103 X
 MIN FR 16XMIN SAT96 % TEMP36.3 PVC 6 CARDIOPULMONAR:
 CIFRAS DETENSIONARTERIAL EN LIMITES GRACIAS AL ASSOPORET (sic)
 CON MNORADRENALINA (sic) **PRESIONES DE LLENADO ENTRE 6-8**
 SIN FIEBRE IOT MAS SOPORTE VENTILATORIOEMCNAIO (sic)
 REGISTRAPULSOSIXMETRASI (sic) SUPERIEOS (sic) A 90%,
RX TORAX DEREAME PLEURAL ERECHO (sic) GASES ARTERIALES (sic)
 EN ACIDEMIA RESPIRATORIA CON PAFI 240, HIPOVENTILCION (sic)
 BASES DECREHCA (sic) HEMITORAX IZQUEIRDO (sic) BIEN
 VENTILADOMETABOLICO.
 ABDOMEN ES BLANDO PERISTALTISMOPRESENT (sic)
 SININTERVENCION (sic) NUTRIION (sic)
 GLUCOMETRIAS NORMALES 166MGDL SIN DEPOSCIONESRENAL (SIC).
 BALANCE POSITIVO 763 CON GASTO URINRIO DE1.9CCKILHORA, (SIC)
 SIN EDEMAS PERIFERIOS ELECTROLITOS NORMALES, NEUROLOGICO:
 BAJO SEDACION GLASGOW 3/15 REFLEJOS DE TALLO PRESNETEPUPI
 (SIC)
 LAS FIJAS EN 1MM; LABORATORIOS. GRAM DE ABSCESO DE CUELLO P
 MN MAYOR DE 10POR CAMPO COCOS GRAM POSITIVOS AASILADOS 4+
 FUNCION RENLA (SIC) NORMAL HEMOGRAMA LEUCOCOTISIS 33600
 CON NEUTROFILSIS DEL 95% PLAQUETAS NORMALESANALISIS:

PACIENTE CON RSPUESTA (SIC) INFLAMATORIA SISTEMICA,
 SE **DECIDE ANTE LA MEDIASTINITIS AMPLIAR ESPECTRO AMTIBITOT
 ICO (SIC) A PIPERACILINAA TAZOBACTAM 4.5GR CADA 8 HORAS,**
 POR HIPERCAPNIA DE 54 SE AUMN AL VOLUMEN CORRIENTA 520CC, IN
 ICAR (sic) NUTRICION ENTERL (sic) CON EENSURE (sic)
 HN LPC 1000CC 800CC PARA 24 HORAS A40CCHORAA (sic).
PRONSOTICO (sic)
RESERVADO POR SEPSIS CON RIESGO DE FALLA MULTIORGANICAA (
SIC) Y MUERTE. SE ENTERA A LA FAMILIA.(...) (Negrilla y subrayado
 fuera de texto)³⁷

El pronóstico fue reservado nuevamente a las 21:34 horas de 12 de julio de 2013³⁸, el cual continuó con igual manejo. Posteriormente, el 15 de julio de

³⁶ Página 20 de la copia digital de la Historia Clínica del paciente Mario Martínez del Hospital Departamental de Villavicencio contenida en el CD-R obrante a folio 97 A del Cuaderno 1

³⁷ Página 21 de la copia digital de la Historia Clínica del paciente Mario Martínez del Hospital Departamental de Villavicencio contenida en el CD-R obrante a folio 97 A del Cuaderno 1

³⁸ Página 27 de la copia digital de la Historia Clínica del paciente Mario Martínez del Hospital Departamental de Villavicencio contenida en el CD-R obrante a folio 97 A del Cuaderno 1



2013³⁹ a las 11:43 am obra nota de médico de persistencia de derrame por hemiplejia, motivo por el cual fue practicado TAC CEREBRAL SIMPLE con reporte de hipodensidad corticosubcortical frontotemporal izquierda con estrechamiento de los surcos corticales compatible con infarto agudo en territorio de la ACMI⁴⁰. Luego, el 16 de julio de 2013 a las 20:48⁴¹ se continuó manejo instaurado en la Unidad en conjunto con el servicio de cirugía general con riesgo inherente de muerte con pronostico reservado.

El 17 de julio de 2013 a las 7:16 am⁴² al paciente se le dio manejo por hospitalización de especialidades con los siguientes diagnósticos, así: i) ACV ACMI, ii) lesión carotidea reciente en cuello por espina de pescado, iii) absceso cuello en tratamiento, iv) hemiparesia facioabraquial derecha sin señales de hipertensión endocraneal, v) tac de cráneo infarto perisilviano izquierdo.

Con posterioridad, el 17 de julio de 2013 a las 15:09⁴³ se evidenció herida QX en cuello con secreción materia "seroamarillento", para lo cual requirió succión negativa con IOBAN.

El 18 de julio de 2013 a las 9:57 am⁴⁴ ingresó de nuevo a la Unidad de Cuidados Intensivos con indicación de estancia de vigilancia cardiopulmonar en riesgo de sepsis severa y falla orgánica múltiple. Igualmente, se aprecia resultado de doppler carotideo con trombosis de la carótida izquierda.

El 19 de julio de 2013 a las 11:37 am el médico especialista de turno, Mauricio Ayala, ordenó el traslado a una unidad de cuidado intermedio por los siguientes diagnósticos, así:

"(...) CON INDICACION DE TRASLADO A UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO CON DIAGNOSTICOS:
1. SEPSIS DE ORIGEN CERVICOTORACCICO: MEDIASTINITIS
2. INFARTO AGUDO EN TERRITORIO DE LA ACMI
3. POP DIA 8 CERVICOTOMIA + RECONSTRUCCION ARTERIA CAROTIDA COMUN IZQUIERDA + LIGADURA DE VENA YUGULAR INTERNA +

³⁹ Página 49 de la copia digital de la Historia Clínica del paciente Mario Martínez del Hospital Departamental de Villavicencio contenida en el CD-R obrante a folio 97 A del Cuaderno 1

⁴⁰ Página 55 de la copia digital de la Historia Clínica del paciente Mario Martínez del Hospital Departamental de Villavicencio contenida en el CD-R obrante a folio 97 A del Cuaderno 1

⁴¹ Página 66 de la copia digital de la Historia Clínica del paciente Mario Martínez del Hospital Departamental de Villavicencio contenida en el CD-R obrante a folio 97 A del Cuaderno 1

⁴² Página 68 de la copia digital de la Historia Clínica del paciente Mario Martínez del Hospital Departamental de Villavicencio contenida en el CD-R obrante a folio 97 A del Cuaderno 1

⁴³ Página 78 de la copia digital de la Historia Clínica del paciente Mario Martínez del Hospital Departamental de Villavicencio contenida en el CD-R obrante a folio 97 A del Cuaderno 1

⁴⁴ Página 83 de la copia digital de la Historia Clínica del paciente Mario Martínez del Hospital Departamental de Villavicencio contenida en el CD-R obrante a folio 97 A del Cuaderno 1

EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO + RAFIA DE ESOFAGO + DRENAJE DE ABSCESO CERVICAL (11/07/13)

4. PERFORACIÓN CAROTIDA COMUN IZQUIERDA CON TROMBOSIS COMPLETA + PERFORACION DE VENA YUGULAR INTERNA TROMBOSADA + PERFORACIÓN ESOFAGICA DE 2 CMS + HEMATOMA FETIDO CERVICAL CON EFECTO DE MASA SOBRE LA VIA AEREA SUPERIOR.

5. CUERPO EXTRAÑO ESOFAGO (HUESO DE PESCADO). REGULARES CONDICIONES GENERALES SIGNOS VITALES TA 105/69 (77) FC 99XMIN FR 24XMIN SAT 97% TEMP 36.8 CARDIOPULMONAR:

CIFRAS DE TENSION ARTERIAL EN LIMITES TAQUICARDICO (SIC) SIN FIEBRE, CON OXIGENO SUPLEMENTARIO PULSOSOXIMETRAAIS (SIC) SUPERIEOS A 90% GASES VENOSOS 7.45 HCO₃ 27.9 SE DESTURACO FACILIDA HIPOVENTILACION BASE DEL PULMON DERECHO RX TORAX SIN MEJORIA CONTINUA PULMON CON ATELECTASISA RECHAZO DEL MEDIASTINO DEL MISMO LADO, DERTRA (SIC) ME PLEURAL DERECHOMETABOLICO (SIC).

RECIBE NUTRICIAN ENTERAL EXCLUSIVA TOLERA GLUCOMETRASI (SIC) ENTRE 120-144 MGD, DESPOCIONES UINA VEZRENAL. (SIC) BALANCE POSITIVO 1230 URIANRIO (SIC) DE 0-9CCKILO HORA, URIANRIO (SIC) DE 0-9CCKILO HORA, ELECTROLITO NORMALES.

NEUROLOGICO: ALERTA OBEDECE ORDESE MEJORIAA (SIC) DE LA PLEJIA EN MIEMBRO INF. ALERTA IZQUIERDO AHORA PLEJICO SOLO DEL SUPERIOTE (SIC) PARSEISA (SIC) DEL MISMOS (SIC) LDO (SIC); GLASGOW 11/15 AFASICO SE SOLICITO NVALORACIÓN (SIC) OR FONOAUDIOLIGA. (SIC):

LABORATORIOS: HEMOGRAMAEUCOTISIS 12800 CON HEMOGOBLINA 8.8. PLAQUETAS 66 8000 NEUTROFISLO DEL 72%

ANALISIS: PACIENTE CON EVOLUCIÓN (SIC) ESTACIOANRA (SIC) PERSISTE CON TARSTORNSO (SIC) DE LA OXIGENACION; AATELECTASI (SIC) Y RIESGO DE FALLA SIN SOPORTE S HEMODIANMICOS SE DECIDE SOLICITAR TRASLAODA (SIC) A UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO, SE ENVIA PAQUETA POR VIA INTERNA REFERENCIA, TRASLADOA (SIC) AMBILANCIA (SIC) MEDICALIZADO CONTINAUR (SIC) AMNEJOS INSTAURADO. (...)»⁴⁵

Entre los días 20⁴⁶ y 21 de julio 2013 se continuó con el manejo de las anteriores patologías, con terapia respiratoria, así como también fueron tratadas las afecciones de salud de monoplejia MSD, afasia motora fistula esófago (?), atelectasia pulmón derecho y trastorno de la oxigenación, así como el apache.

Posteriormente, entre los días 22 de julio⁴⁷ a las 10:42 am y el 4 de agosto de 2013⁴⁸ a las 10:35 am fue atendido en el servicio de hospitalización de quirúrgicos y ortopedia, con el siguiente cuadro clínico:

⁴⁵ Página 92 de la copia digital de la Historia Clínica del paciente Mario Martínez del Hospital Departamental de Villavicencio contenida en el CD-R obrante a folio 97 A del Cuaderno 1

⁴⁶ Página 103 hasta la página 125 de la copia digital de la Historia Clínica del paciente Mario Martínez del Hospital Departamental de Villavicencio contenida en el CD-R obrante a folio 97 A del Cuaderno 1

⁴⁷ Página 126 hasta la página de la copia digital de la Historia Clínica del paciente Mario Martínez del Hospital Departamental de Villavicencio contenida en el CD-R obrante a folio 97 A del Cuaderno 1

⁴⁸ Página 202 hasta la página de la copia digital de la Historia Clínica del paciente Mario Martínez del Hospital Departamental de Villavicencio contenida en el CD-R obrante a folio 97 A del Cuaderno 1

"(...) PACIENTE MASCULINO DE 64 AÑOS CON EVOLUCIÓN ADEUDADA (SIC) PARA EL TIPO DE PROCEIDMIENTO (SIC) Y HALAZGOS (SIC) ENCONTRADOS, QUIEN PERSISTE HEMIPARETICO, CON HIPOVENTILACIÓN BASAL DERECHA, POLIPNEA, TIRAJES + RETACCIONES INTERCOSTALES, ON (SIC) DERRAMEN (SIC) PLEURAL (SIC) DERECHO POR LOS QUE SE INTERCONSULYA (SIC) A NEUMOLOGIA, TERAPIA RESPIRATOIA EN CAD A TURNO. CONTROL ESTRICTO DE LOS SIGNOS VITALES Y AVISAR CAMBIOS, HERIDA QUIRURGICA EN BUEN ESTADO, DREN BN POSICIONADO, FUNCIONANTE. HOY ULTIMO DIA DE ANTIBIOTICOTERAPIA CON PIPERACILINA TAZABACTAM SEGÚN INDICACIÓN DE UCI. (...)"⁴⁹

A TURNO. CONTROL ESTRICTO DE LOS SIGNOS VITALES Y AVISAR CAMBIOS. HERIDA QUIRURGUICA BUEN ESTADO, DREN BN POSICIONADO, FUNCIONANTE. HOY ULTIMO DIA DE ANTIBIOTICOTERAPIA CON PIPERA CILINA TAZOBACTAM SEGUN INDICACION DE UCI. (...)"

El 23 de julio de 2013 a las 11:44 am el médico cirujano, Dr. Omar Luengas Pérez, decidió comprobar cierre de fistula esofágica mediante esofagograma⁵⁰ con medio hidrosoluble, ingesta de jugo de remolacha, se ordenó cultivo de secreción de dren para descartar proceso infeccioso. Con posterioridad a las 12:46 fue practicada valoración fisioterapéutica, en la cual se evidenció las siguientes condiciones físicas y de movilidad del paciente, así:

"(...) PACIENTE EN SU SEGUNDO DIA DE ESTANCIA EN EL SERVICIO, EN BUEN ESTADO GENERAL, CON NECESIDAD DE OXIGENO SUPLEMENTO POR CANULA NASAL, ALERTA, OBEDECE ORDENES SENCILLAS, ALTERACION EN LENGUAJE, PROPIEDADES TROFICAS Y MECANICAS DE PIEL CONSERVADAS, ARCOS DE MOVIMIENTO COMPLETOS, MOVILIZA SU HEMICUERPO IZQUIERDO FM3+, PRESENTA MONOPARESIA DE MID, MONOPLEJIA DE MDS, COMPROMISO FACIAL HEMICARA DERECHA QUE LIMIRA MIOKINEMATICAMENTE SUS ABC Y AVD, COLABORA PARA CAMBIOS DE POSICION, SE LE INICIA MANEJO DE HIDRATAION EXTERNA DE PIEL, MASAJE MOVILIZACIONES ARTICULARES, EJERCICIO PASIVOS DE MSD, ACTIVOS ASISTIDOS DE MID, INTEGRACION DE HEMICUERPOS, DESCARGAS DE PESO EN SEDENTE, HIGINE POSTUA (SIC), TAPPING, CEPILLO Y MIMICA (SIC) FACIAL, TOLERA BIEN, DEJO SEMISENTADO EN CAMA CON MEDIDAS ANTIESCARAS Y ANTIDEMA. DEJO RECOMENDACIONES DE MANEJO, ACTIVIDAD CAMA-SILLA CON VIGILANCIA Y TOLERANCIA POR RIESGO DE CAIDA. (...)"⁵¹

El 24 de julio de 2013⁵² a las 9:15, el médico neumólogo, Dr. José Félix Anaya Carvajal, analizó los antecedentes clínicos del paciente consistentes en un cuerpo extraño en el esófago que lesiono carótida común izquierda y yugular con cervicotomía con drenaje de absceso, rafias vasculares y con evolución de

⁴⁹ Página 126 de la copia digital de la Historia Clínica del paciente Mario Martínez del Hospital Departamental de Villavicencio contenida en el CD-R obrante a folio 97 A del Cuaderno I

⁵⁰ Página 136 de la copia digital de la Historia Clínica del paciente Mario Martínez del Hospital Departamental de Villavicencio contenida en el CD-R obrante a folio 97 A del Cuaderno I

⁵¹ Página 138 de la copia digital de la Historia Clínica del paciente Mario Martínez del Hospital Departamental de Villavicencio contenida en el CD-R obrante a folio 97 A del Cuaderno I

⁵² Página 145 de la copia digital de la Historia Clínica del paciente Mario Martínez del Hospital Departamental de Villavicencio contenida en el CD-R obrante a folio 97 A del Cuaderno I

derrame pleural derecho e infiltrado manejado con antibioterapia con "piptazo" con mejoría, además de ACV isquémico en territorio ACMI.

Luego, a las 11:51 am⁵³ fue registrada nota médica que indica que el paciente no se comunica verbalmente con examinador, cuyo hallazgo fue reiterado en los días 25⁵⁴ y 26⁵⁵ de julio de 2013, por lo cual fue diagnosticado con hemiparesia derecha secundaria, ACV isquémico en territorio de la arteria cerebral media, pop de cervicotomía, drenaje de absceso cervical, esofagorrafia, anastomosis de arteria carótida y ligadura de vena yugular.

El 27 de julio de 2013 a las 16:27⁵⁶ siguió con manejo de los anteriores diagnósticos con el siguiente estado:

“(...) PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANONTADOS (SIC), QUIEN CURSA CON FISTULA ESOFAGICA, POR LO CUAL SE COLCO (SIC) SONDA DE TUGSTENO Y SE INICIO ALIMENTACIÓN ENTERAL CON ALITRAQ, TORLERANDOLA (SIC) ADECUADAMENTE, SIN COMPLICACIONES EN EL MOMENTO PACIENTE PRESENTA EVOLUCIÓN ADECUADA (SIC) PERSITE CON DIFICULTAD PARA LA COMUNICACIÓN VERBAL PERO MEJORA LA COMUNICACIÓN NO VERBAL. (...)”

El 31 de julio de 2013 a las 9:50 am⁵⁷ el médico cirujano, Dr. Guillermo Sánchez Munévar, observo el siguiente estado de mejoría del paciente:

“S/PACIENTE ESTABLE, SE OBSERVA MEJOR, NO HAY COMUNICACIÓN

PCIENTE (SIC) QUIEN MEDIANTE SEÑAS NOS MANIFIESTA QUE TIENE DOLOR EN HEMITORX (SIC) IZQUIERDO, DIFICIL COMUNICACIÓN PERO SE ENTIENDE QUE REFIERE DOLOR TORACICO Y ABDOMINAL, PERSONAL DE ENFERMERIA REFIERE QUE HA PRESENTADO DEPOSICIONES DIARREICAS AL EXAMNE (SIC) FISICO ADECUADA VENTILACION PULMONAR, PALIDEZ GENERALIZADA CON PALPACION ABDOMINAL DOLOROSA, PERISTALTISMO ACTIVO TOLERANDO NUTRICION POR SONDA, POR HALLAZGOS EN REVISTA SE DEDIDE SOLICITAR RADIOGRAFIA DE TORAX Y ECOGRAFIA ABDOMINAL RESTO IGUAL. (...)”⁵⁸

⁵³ Página 148 de la copia digital de la Historia Clínica del paciente Mario Martínez del Hospital Departamental de Villavicencio contenida en el CD-R obrante a folio 97 A del Cuaderno 1

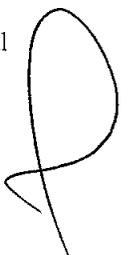
⁵⁴ Página 154 de la copia digital de la Historia Clínica del paciente Mario Martínez del Hospital Departamental de Villavicencio contenida en el CD-R obrante a folio 97 A del Cuaderno 1

⁵⁵ Página 155 de la copia digital de la Historia Clínica del paciente Mario Martínez del Hospital Departamental de Villavicencio contenida en el CD-R obrante a folio 97 A del Cuaderno 1

⁵⁶ Página 164 de la copia digital de la Historia Clínica del paciente Mario Martínez del Hospital Departamental de Villavicencio contenida en el CD-R obrante a folio 97 A del Cuaderno 1

⁵⁷ Página 189 de la copia digital de la Historia Clínica del paciente Mario Martínez del Hospital Departamental de Villavicencio contenida en el CD-R obrante a folio 97 A del Cuaderno 1

⁵⁸ Página 182 de la copia digital de la Historia Clínica del paciente Mario Martínez del Hospital Departamental de Villavicencio contenida en el CD-R obrante a folio 97 A del Cuaderno 1



El 1° de agosto de 2013⁵⁹ obra valoración del médico cirujano, Dr. Guillermo Sánchez Munévar, en la que se aprecia el siguiente estado de salud del paciente, así:

“(…) S/MEDIANTE LENGUAJE NO VERBAL EXPRESA DOLOR ABDOMINAL EN REGION SUBCOSTAL IZQUIERDA, NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA.

O/CONCIENTE, HIDRATADO, AFREBRIL, CYC MUCOSAS NORMOCROMICAS, NORMOHIDRATADAS, SONDA NASOGASTRICA DE TUGSTENO EN ADECUADA POSICION, ADECUADA EXPANSIBILIDAD TORACICA CYC MUCOSAS NORMOCROMICAS, NORMOHIDRATADAS, SONDA NASOGASTRICA DE TGSTENO (SIC) EN ADECUAD (SIC) POSICION, ADECUADA MOVILIZACION CERVICAL, HERIDA QUIRURGICA SIN SIGNOS DE INFECCIÓN NI HEMORRAGIA .

TORAX: ADECUADA EXPANSIBILIDAD TORACICA, AUSCULTACION CARDIOPULMONAR SIN AGREGADOS.

ABDOMEN: NO DISTENDIDO, RUIDOS INTESTINALES NORMALES EN FRECUENCIA E INTENSIDAD, BLANDO, DEPRESIBLE, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL.

EXTREMIDADES: NO EDENMAS, LLENADO CAPILAR 2 SEGUNDOS.

NEUROLOGICO: HEMIPARESIA DERECHA, AFASIA DE EXPRESION.

(…)”⁶⁰

Los días 2⁶¹, 3⁶² y 4⁶³ de agosto de 2013 el paciente registró mejoría en su estado de salud con adecuada tolerancia de la vía oral, desaparición del dolor manifestado previamente, asimismo negó otra sintomatología. El 4° de agosto de 2013⁶⁴ el médico cirujano, Dr. Giovanni González Bernal, al observar mejoría del paciente le dio de alta, así:

“(…)”

EVOLUCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN DE ESPECIALIDADES

Subjetivo

SE ELABORA EVOLUCION EN ESTE FORMATO PORQUE SISTEMA NO PERMITE INGRESO A EVOLUCIÓN DE QUIRURGICOS Y ORTOPEDIA.
 HABITACION 205 A MASCULINO 64 AÑOS

IDX:

1. CERVICOTOMIA + DRENAJE DE ABSCESO CERVICAL + ESOFAGORRAFIA + ANASTOMOSIS CAROTIDA + LIGADURA DE V. YUGULAR (11/07/2013)

⁵⁹ Página 182 de la copia digital de la Historia Clínica del paciente Mario Martínez del Hospital Departamental de Villavicencio contenida en el CD-R obrante a folio 97 A del Cuaderno 1

⁶⁰ Página 189 de la copia digital de la Historia Clínica del paciente Mario Martínez del Hospital Departamental de Villavicencio contenida en el CD-R obrante a folio 97 A del Cuaderno 1

⁶¹ Página 193 de la copia digital de la Historia Clínica del paciente Mario Martínez del Hospital Departamental de Villavicencio contenida en el CD-R obrante a folio 97 A del Cuaderno 1

⁶² Página 199 de la copia digital de la Historia Clínica del paciente Mario Martínez del Hospital Departamental de Villavicencio contenida en el CD-R obrante a folio 97 A del Cuaderno 1

⁶³ Página 202 de la copia digital de la Historia Clínica del paciente Mario Martínez del Hospital Departamental de Villavicencio contenida en el CD-R obrante a folio 97 A del Cuaderno 1

⁶⁴ Páginas 201 a 203 de la copia digital de la Historia Clínica del paciente Mario Martínez del Hospital Departamental de Villavicencio contenida en el CD-R obrante a folio 97 A del Cuaderno 1



2. ACV ISQUEMICO TERRITORIO ACMI
 3. HEMIPARESIA IZQ + AFASIA DE BROCKA
 S/ ADECUADA TOLERANCIA DE LA VIA ORAL, DESAPARICION DEL DOLOR MANIFESTANDO PREVIAMENTE, NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA.
 O/CONCIENTE, HIDRATADO, AFEBRIL, CYC MUCOSAS NORMOCROMICAS, NORMOHIDRATADAS, ADECUADA MOVILIZACIÓN CERVICAL, HERIDA QUIRURGICA (SIC) SIN SIGNOS DE INFECCIÓN NI HEMORRAGIA.
 TORAX: ADECUADA EXPANSIBILIDAD TORACICA, AUSCULTACION CARDIOPULMONAR SIN AGREGADOS
 ABDOMEN: NO DISTENDIDO, RUIDOS INTESTINALES NORMALES EN FRECUENCIA E INTESIDAD, BLANDO, DEPRESIBLE, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓNPERITONEAL.
 EXTREMIDADES: NO EDEMAS, LLENADO CAPILAR 2 SEGUNDOS NEURO LOGICO: HEMIPARESIA DERECHA, AFASIA DE EXPRESION.

ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN

EVOLUCION CLINICA SATISFACTORIA CON ADECUADA TOLERANCIA DE LA VIA ORAL, Y SIN SIGNOS DE INESTABILIDAD HEMODINAMICA, NI SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA, SE AUTORIZA EGRESO HOSPITALARIO CON CITA DE CONTROL AMBULATORIA POR CIRGUGIA GENERAL. SE DAN RECOMENCACIONES MEDICAS Y SIHNOS (sic) DE ALARMA POR LOS CUALES CONSULTAR POR URGENCIAS DE SER NECESARIO. (...)⁶⁵

Posteriormente, el 15 de agosto de 2013⁶⁶ ingresó por urgencias al Hospital Departamental de Granada E.S.E., por lesión de sitios contiguos del esófago, pero optó por retiro voluntario, pues decidió acudir al Hospital Departamental de Villavicencio.

Entre los días 15 y 19 de agosto de 2013⁶⁷ por segunda vez acude el paciente al Hospital Departamental de Villavicencio en donde fue hospitalizado por el diagnóstico de enfermedad del mediastino con ocasión al posoperatorio por cervicotomía.

Igualmente se cuenta con los controles mediante consultas externas adiadadas los días 27 de septiembre⁶⁸, 7 de octubre⁶⁹, 15 de noviembre⁷⁰, 23 de diciembre⁷¹, todas del año 2013, 3 de febrero⁷², 6 de mayo⁷³, 21 de julio⁷⁴ y 25

⁶⁵ Páginas 201 a 203 de la copia digital de la Historia Clínica del paciente Mario Martínez del Hospital Departamental de Villavicencio contenida en el CD-R obrante a folio 97 A del Cuaderno 1

⁶⁶ Folios 13 a 14 del Cuaderno 1

⁶⁷ Páginas 208 a 233 de la copia digital de la Historia Clínica del paciente Mario Martínez del Hospital Departamental de Villavicencio contenida en el CD-R obrante a folio 97 A del Cuaderno 1

⁶⁸ Folio 15 del Cuaderno 1

⁶⁹ Folios 18 a 19 del Cuaderno 1

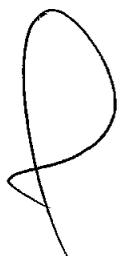
⁷⁰ Folio 20 del Cuaderno 1

⁷¹ Folio 24 del Cuaderno 1

⁷² Folios 27 a 28 del Cuaderno 1

⁷³ Folios 29 a 30 del Cuaderno 1

⁷⁴ Folios 31 a 32 del Cuaderno 1



de julio⁷⁵, todas del año 2014. Igualmente, sobresale ecografía de doppler del 14 de octubre de 2014, que reporta los siguientes resultados:

“(…)

ECOGRAFIA DOPPLER COLOR CAROTIDEO

	LADO DERECHO			LADO IZQUIERDO		
	Vel Sistm	Max/Vel Diast	Min I.R.	Vel. Sistm	Max/Vel Diast	Min I.R.
	cms/seg			cms/seg		
CAROTIDA COMUN	56.3	0.70		0		0
BULBO	53.3.	0.63		0		0
CAROTIDA INTERNA	64.4.	0.60		115		0.70
CAROTIDA EXTERNA	64.4	0.81		0		0
VERTEBRAL	40	0.52		52		0.71

Hay obstrucción completa de carótida izquierda observándose solamente trayecto supra tiroideo con placas obstructivas.

A través de colaterales de Bosniak hay revascularización distal de la arteria Carótida interna izquierda con flujos de altas resistencias.

La arteria Vertebral izquierda presenta calibre mayor que la derecha y flujos compensatorios muy activos. En hemicuello izquierdo hay alteración de la anatomía por secuelas de cirugía por “Hueso en esófago”. Refieren que desde entonces perdió la capacidad de emitir sonido.?

OPINIÓN:

DOPPLER CAROTIDEO Y VERTEBRAL:

OBSTRUCCION TOTAL CAROTIDA COMUN IZQUIERDA

REVASCULARIZACIÓN FISIOLÓGICA DISTAL DE CAROTIDA INTERNA IZQUIERDA. CAROTIDA DERECHA Y RAMAS: NORMALES
 SECUELAS DE ANTECEDENTE QUIRÚRGICO DE CUELLO. (...)”⁷⁶

Las anteriores secuelas fueron objeto de evaluación por parte de la Junta Regional de Invalidez de Bogotá D.C., y Cundinamarca de 25 de octubre de 2018⁷⁷ la que determinó una disminución de la capacidad laboral de 62.85%, dictamen que fue objeto de contradicción en audiencia de pruebas celebrada el 12 de febrero de 2019⁷⁸.

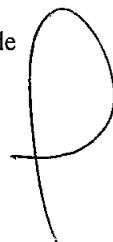
Se observa de lo expuesto que en efecto el señor **MARIO MARTÍNEZ** desde el 5 de julio de 2013 en el Hospital Departamental de Granada E.S.E., expresó como motivo de consulta que desde hacía más o menos 5 días había deglutido

⁷⁵ Folios 34 a 35 del Cuaderno 1

⁷⁶ Folio 65 del Cuaderno 1

⁷⁷ Ver vuelto 202, folios 290 a 299 del Cuaderno 2

⁷⁸ Folios 332 a 333 del Cuaderno 2 incluido 1 DVD-R contentivo de la audiencia de pruebas del 12 de febrero de 2019



cuerpo extraño puntiagudo (espina de pescado), lo que significa que la sintomatología sí fue puesta en conocimiento de médico de turno.

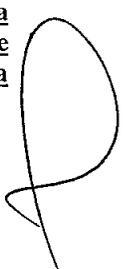
Sin embargo, se evidencia que el médico tratante únicamente valoró una amigdalitis Grado II, sin que haya ubicado el cuerpo extraño en la garganta del paciente, pese a que practicó unos rayos equis de cuello, y sin que hubiera descartado una posible perforación del esófago o una lesión vascular.

Siguiendo este razonamiento, es factible predicar la falla del servicio médico por error de diagnóstico en que incurrió el personal médico asistencial del hospital demandado en la consulta de 5 de julio de 2013, dado que uno de los deberes más importantes de esos profesionales es hacer un diagnóstico acertado.

Es sin lugar a duda reprochable la conducta asumida por el médico que atendió al demandante en esa primera cita, ya que a la luz de los principios que regulan la ética médica previstos en el artículo 1° de la Ley 23 de 1981, era su deber considerar y estudiar al paciente con el mayor rigor posible, en relación con su entorno y sus antecedentes, con el fin de establecer un diagnóstico correcto y así adoptar las medidas curativas y de rehabilitación requeridas, con lo que de seguro se habría evitado esa mala evolución a la que se vio sometido el señor **MARIO MARTÍNEZ**⁷⁹.

Además, esta Judicatura advierte que efectivamente en la consulta efectuada el 5 de julio de 2013 existían factores relacionados con dolor en su región mandibular y cuerpo extraño en el cuello, asimismo se trataba de un paciente de 63 años, lo que hizo que el error de diagnóstico en esa consulta empeorara el problema de salud porque a los cinco días del egreso del Hospital Departamental de Granada E.S.E., el actor fue ingresado por urgencias en el Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E., tras presentar un cuadro

⁷⁹ Ley 23 de 1981. Artículo 1°: La siguiente declaración de principios constituye el fundamento esencial para el desarrollo de las normas sobre Ética Médica: 1. La medicina es una profesión que tiene como fin cuidar de la salud del hombre y propender por la prevención de las enfermedades, el perfeccionamiento de la especie humana y el mejoramiento de los patrones de vida de la colectividad, sin distinciones de nacionalidad, ni de orden económico-social, racial, político y religioso. El respeto por la vida y los fueros de la persona humana constituyen su esencia espiritual. Por consiguiente, el ejercicio de la medicina tiene implicaciones humanísticas que le son inherentes. 2. El hombre es una unidad síquica y somática, sometido a variadas influencias externas. El método clínico puede explorarlo como tal, merced a sus propios recursos, a la aplicación del método científico natural que le sirve de base, y a los elementos que las ciencias y la técnica ponen a su disposición. En consecuencia, el médico debe considerar y estudiar al paciente, como persona que es, en relación con su entorno, con el fin de diagnosticar la enfermedad y sus características individuales y ambientales, y adoptar las medidas, curativas y de rehabilitación correspondiente. Si así procede, a sabiendas podrá hacer contribuciones a la ciencia de la salud, a través de la práctica cotidiana de su profesión.



clínico de hematoma doloroso en base cuello bilateral con alta probabilidad de lesión esofágica y vascular cervical, de tal magnitud que debió ser intervenido quirúrgicamente con rapidez.

Es del caso precisar, que un diagnóstico acertado y oportuno le habría ahorrado al señor **MARIO MARTÍNEZ** los graves problemas de salud que padeció. El tardío hallazgo del cuerpo extraño (espina de pescado), que no hizo en su momento el personal médico del hospital demandado, facilitó la lesión de la carótida común izquierda, el derrame pleural derecho con accidente cardiovascular -ACV- isquémico en territorio ACMI, tal como se infiere del análisis efectuado por el neumólogo, Dr. José Félix Anaya Carvajal, el 24 de julio de 2013⁸⁰ a las 9:15.

Se advierte, además, que en la cirugía de cervicotomía realizada por el Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E., se obtuvieron los siguientes hallazgos intra-operatorios, así: i) gran reacción inflamatoria cervical con aparente isquemia tejidos blandos, ii) hematoma fétido cervical profundo sin colección purulenta, iii) gran reacción inflamatoria en mediastino anterior sin colección, iv) perforación amplia arteria carótida común 60% con bordes necróticos y trombosis completa (?), v) perforación vena yugular interna trombosada, vi) perforación esófago de 2 cm y vii) un cuerpo extraño, espina de pescado de 3 x 03.0 cm.

En ese orden de ideas, se puede deducir que cuando el actor consultó por primera vez en el Hospital Departamental de Granada E.S.E., aduciendo como motivo de consulta la ingesta de espina de pescado desde hacía algunos días, era muy probable que ello representara la perforación de órganos importantes como de hecho ocurrió con la arteria carótida, lo que a la postre causó una lesión vascular, todo lo cual indica que se trataba de algo más grave que una amigdalitis grado II.

Un factor que devela la falta de profundidad en el examen y diagnóstico que el personal médico del hospital demandado le hizo al señor **MARIO MARTÍNEZ** es el hecho de que el Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E., una vez realizó las valoraciones y exámenes a esta persona, determinó que aún tenía alojada en su garganta la espina de pescado con longitud aproximada de tres centímetros, para lo cual se apoyó en exámenes especializados (TAC).

⁸⁰ Página 145 de la copia digital de la Historia Clínica del paciente Mario Martínez del Hospital Departamental de Villavicencio contenida en el CD-R obrante a folio 97 A del Cuaderno 1

Es decir, que si el Hospital Departamental de Granada E.S.E., hubiera acudido a herramientas diagnósticas más especializadas que los rayos equis, con seguridad habría detectado la presencia de la espina de pescado, lo que le habría permitido extraer ese cuerpo extraño y así evitar que el proceso infeccioso progresara y ocasionara los graves daños en la salud del actor, ampliamente documentos en esta providencia.

Es claro, entonces, que el diagnóstico equivocado que en el hospital demandado se le brindó al actor lo privó de la oportunidad de una pronta recuperación y de evitar todos los daños que sufrió en su humanidad y que le dejaron importantes secuelas.

Por lo expuesto, el Despacho declarará administrativamente responsable al Hospital Departamental de Granada E.S.E., por los daños que sufrió el señor **MARIO MARTÍNEZ** a raíz del errado diagnóstico que le ofreció y que le hizo perder, para siempre, la oportunidad de gozar de una salud plena.

6.2. De la responsabilidad de CAPITAL SALIUS EPS –S

Respecto de la EPS demandada recuerda el Despacho que mediante Acuerdo No. 357 de 2009, reglamentado por el Decreto Distrital 046 de 2009 “*Por el cual se autoriza la constitución de una entidad promotora de salud del Distrito Capital y se dictan otras disposiciones*”, se autorizó al Gobierno Distrital para constituir una Entidad Promotora de Salud del Distrito Capital, bajo la forma de una sociedad de economía mixta con participación mayoritaria de la entidad territorial, con fines de interés social, autonomía administrativa y financiera, como componente del Sector Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En lo que tiene que ver con las actividades a desarrollar por dicha EPS, el artículo 4 del Documento de Constitución de la entidad se dice⁸¹:

“La sociedad tiene por objeto principal actuar como Entidad Promotora de Salud en el régimen subsidiado dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, incluyendo la promoción de la afiliación de los habitantes de Colombia al Sistema General de Seguridad Social en Salud en su ámbito geográfico y régimen de influencia, administrar el riesgo en salud de sus afiliados, pagar los servicios de salud a los prestadores con los cuales tenga contrato, organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud previstos en los Planes Obligatorios de Salud del Régimen Subsidiado. En consecuencia deberá afiliar y carnetizar

⁸¹ <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=41309>



a la población beneficiaria de subsidios en salud y administrar el riesgo en salud de esta población. En desarrollo de su objeto social la sociedad adelantará las siguientes actividades, de conformidad con los Decretos 1804 de 1999, 515 y 518 de 2004 y demás normas que los modifiquen o adicionen: **1.)** Administrar el riesgo financiero en el régimen subsidiado de salud. **2.)** Gestionar el riesgo en salud de sus afiliados. **3.)** Articular los servicios de salud que garanticen el acceso efectivo por parte del afiliado. **4.)** Garantizar la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. (...) **7.)** Organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud previstos en el Plan Obligatorio de Salud de los afiliados y sus familias en todo el territorio nacional, con el fin de obtener el mejor estado de salud de sus afiliados con cargo a las Unidades de Pago por Capitación correspondientes. Con este propósito gestionarán y coordinarán la oferta de servicios de salud, directamente o a través de la contratación con Instituciones Prestadoras y con Profesionales de la Salud; implementarán sistemas de control de costos; informarán y educarán a los usuarios para el uso racional del sistema; establecerán procedimientos de garantía de calidad para la atención Integral, eficiente y oportuna de los usuarios en las instituciones prestadoras de salud. **8.)** Promover la afiliación de la población beneficiaria del régimen subsidiado, garantizando la libre elección por parte del beneficiario. **9)** Afiliar a la población beneficiario de subsidios y entregar el carné correspondiente que lo acredita como afiliado, en los términos fijados por las normas vigentes. **10.)** Administrar el riesgo en salud de sus afiliados, como aseguradora y administradora, procurando disminuir la ocurrencia de eventos previsible de enfermedad o de eventos de enfermedad sin atención, evitando en todo caso la discriminación de personas con altos riesgos o enfermedades costosas. **11.)** Informar al beneficiario sobre aquellos aspectos relacionados con el contenido de los actuales o futuros planes de beneficios en salud del régimen subsidiado, procedimientos para la inscripción, redes de servicios con que cuenta, deberes y derechos dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), así como el valor de copagos que deben pagar. **12.)** Organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud previstos en el Plan Obligatorio de Salud, con el fin de obtener el mejor estado de salud de sus afiliados con cargo a las Unidades de Pago por Capitación correspondientes, **13.)** Gestionar y coordinar la oferta de servicios de salud, directamente o a través de la contratación con instituciones prestadoras de servicios y con profesionales de salud. **14.)** Informar y educar a los usuarios para el uso racional del sistema. **15.)** Establecer procedimientos de garantía de calidad para la atención integral, eficiente y oportuna de los usuarios en las instituciones prestadoras de salud. (...) **20.)** Todas las demás actividades o funciones inherentes a su naturaleza jurídica, necesarias para el adecuado desarrollo de su objeto social y el cumplimiento de normas y reglamentos, que regulan el funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud.”

Entonces, en el caso bajo estudio se tiene que con la contestación de la demanda la EPS demandada acreditó que respecto a la primera atención brindada al señor **MARIO MARTÍNEZ** por parte del Hospital Departamental de Granada E.S.E., expidió la autorización N° 06869-1301464692, así como la de los servicios médicos y suministros empleados en el Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E.⁸²

⁸² Folios 165 a 191 del Cuaderno 1.

De ahí que, no se evidencie ninguna actuación omisiva o negligente por parte de CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S., respecto de los servicios requeridos por su afiliado aquí demandante.

En consonancia con lo anterior, también se demostró que CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S., dio cumplimiento a lo reglado en el Decreto 806 de 1998 *“por el cual se reglamenta la afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud y la prestación de los beneficios del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud y como servicio de interés general, en todo el territorio nacional.”* en desarrollo de los artículos 48 y 49 constitucionales, esto es garantizando el acceso a los servicios de salud y al conjunto de beneficios a que tiene derecho como afiliado al servicio público esencial.

Por ende, en lo que respecta a CAPITAL SALUD EPS – S S.A.S., el Despacho no accederá a las pretensiones reclamadas.

7.- Indemnización de perjuicios

Teniendo en cuenta que se declarará la responsabilidad extracontractual en cabeza del HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E., procede el Despacho a fijar los montos indemnizatorios de conformidad con lo demandado y teniendo como base lo establecido por la jurisprudencia del Consejo de Estado.

En sentencia del 5 de abril de 2017⁸³ el Alto Tribunal de lo Contencioso Administrativo, señaló:

“(i) El fundamento del daño sobre el cual se erige el débito resarcitorio radica en el truncamiento de la expectativa legítima, de ahí que su estimación no solo será menor a la que procedería si se indemnizara el perjuicio final, es decir, la muerte o la afectación a la integridad física o psicológica, sino proporcional al porcentaje de posibilidades que tenía la víctima de sobrevivir o de mejorar sus condiciones de salud.

(ii) La expectativa se cuantificará en términos porcentuales, teniendo en cuenta que está ubicada en un espacio oscilante entre dos umbrales, esto es, inferior al 100% y superior al 0%, ya que por tratarse de una probabilidad no podría ser igual o equivalente a ninguno de los dos extremos, máxime si se tiene en cuenta que en materia médica incluso los índices de probabilidad más débiles siguen representando intereses valiosos para el paciente y sus seres queridos, en consideración a la fungibilidad de la vida y el anhelo por prolongarla; por lo anterior, dicho

⁸³ Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Subsección B. Rad. 17001-23-31-000-2000-00645-01(25706). M.P. Ramiro Pazos Guerrero.

truncamiento no puede menospreciarse y dejar de repararse, so pretexto de una indeterminación invencible.

(iii) No es procedente indemnizar la pérdida de oportunidad como un perjuicio independiente que deba ser resarcido por fuera del concepto de perjuicios materiales -daño emergente y lucro cesante-, inmateriales - daño moral y daños a bienes constitucionales y convencionales- y daño a la salud, reconocidos por la Corporación, puesto que hacerlo conduciría a desconocer el objeto primordial del instituto de la responsabilidad, esto es, el principio de la reparación integral, ya que las víctimas serían, sin razón alguna, resarcidas parcialmente a pesar de que el actuar del demandado cercenó una expectativa legítima. En efecto, el truncamiento de una expectativa legítima genera diferentes tipos de perjuicios que deben ser indemnizados, es decir, si es de naturaleza material, será indemnizada de conformidad con este criterio o, si por el contrario es de naturaleza inmaterial, la reparación será de índole inmaterial.

(iv) No es procedente indemnizar la pérdida de oportunidad por el porcentaje de probabilidades que resulten de la acreditación del vínculo causal entre la falla y el daño final, habida cuenta de que la pérdida de oportunidad constituye una fuente de daño cuya reparación depende de lo probado en el proceso.”

Asimismo, el Consejo de Estado refirió que la indemnización de la pérdida de oportunidad se hará en equidad “*como principio que el ordenamiento jurídico impone tener en cuenta a efectos de reparar de forma integral el daño causado por la acción o la omisión de las autoridades públicas*”, cuando no se cuente con elementos de juicio que permitan establecer la cuantía del daño.⁸⁴

Sin duda alguna existió una pérdida de oportunidad para el señor MARIO MARTÍNEZ para el día 5 de julio de 2013 cuando fue atendido por el médico general Dr. Learsi Villazón Linete, lo que desencadenó las afecciones a su salud, principalmente en la parálisis de la cuerda vocal izquierda, ausencia de destreza del miembro superior derecho y alteración de la marcha del miembro inferior derecho, lo que impone que el daño antijurídico sea reparado de forma integral.

7.1.- Perjuicios morales

La reparación del daño moral en caso de lesiones tiene su fundamento en el dolor o padecimiento que se causa a la víctima directa, familiares y demás personas allegadas. Para el efecto se fija como referente en la liquidación del perjuicio moral, en los eventos de lesiones, la valoración de la gravedad o

⁸⁴ Consejo de Estado. Sección Tercera Sentencia 34125 de 12 de febrero de 2014. CP. Carlos Alberto Zambrano.



levedad de la lesión reportada por la víctima. Su manejo se ha dividido en seis (6) rangos según la jurisprudencia patria⁸⁵:

REPARACION DEL DAÑO MORAL EN CASO DE LESIONES					
	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4	NIVEL 5
GRAVEDAD DE LA LESIÓN	Victima directa y relaciones afectivas conyugales y paterno-filiales	Relación afectiva del 2º de consanguinidad o civil (abuelos, hermanos y nietos)	Relación afectiva del 3º de consanguinidad o civil	Relación afectiva del 4º de consanguinidad o civil.	Relaciones afectivas no familiares - terceros damnificados
	S.M.L.M.V.	S.M.L.M.V.	S.M.L.M.V.	S.M.L.M.V.	S.M.L.M.V.
Igual o superior al 50%	100	50	35	25	15
Igual o superior al 40% e inferior al 50%	80	40	28	20	12
Igual o superior al 30% e inferior al 40%	60	30	21	15	9
Igual o superior al 20% e inferior al 30%	40	20	14	10	6
Igual o superior al 10% e inferior al 20%	20	10	7	5	3
Igual o superior al 1% e inferior al 10%	10	5	3,5	2,5	1,5

En el presente asunto obra dictamen efectuado por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Bogotá D.C. y Cundinamarca el 25 de octubre de 2018, la que determinó el porcentaje de la pérdida de capacidad ocupacional en un 62.82%.

De acuerdo a lo anterior, el Despacho fijará el monto de la indemnización por concepto de perjuicios morales, en el equivalente a **CIEN (100) SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES** en favor de la víctima.

En cuanto al señor **JOSÉ GUILLERMO MARTÍNEZ**, quien acude al proceso invocando la calidad de hermano de la víctima, observa el Despacho que para acreditar ese parentesco únicamente allegó partidas de bautismo⁸⁶. Esos documentos, según lo previsto en el Decreto 1260 de 1970, no son idóneos para acreditar la relación de hermanos entre los demandantes, ya que se trata de personas nacidas con posterioridad al año 1933, y por lo mismo con tal fin se han debido allegar los registros civiles de nacimientos para constatar que provienen de un tronco común. La ausencia de esa prueba determina que se nieguen las pretensiones reclamadas por dicho demandante.

⁸⁵ Consejo de Estado, Sección Tercera, Sentencia del 2 de agosto de 2014, Exp. 31172, M.P. Olga Mérida Valle de la Hoz.

⁸⁶ Conforme a las partidas de bautismo obrantes a folios 91 a 92 del Cuaderno 1



5.2.- Daño a la salud

El demandante solicitó el reconocimiento del equivalente a 400 SMLMV por concepto de daño a la salud y 300 SMLMV por daño a la vida en relación o alteración grave a las condiciones de existencia.

El Despacho señala que la posición unificada de la Sección Tercera del Consejo de Estado, subsumió los perjuicios inmateriales surgidos de la lesión por la integridad psicofísica, en el denominado **daño a la salud**, indicando:

“(…) se recuerda que, desde las sentencias de la Sala Plena de la Sección Tercera de 14 de septiembre de 2011, exp. 19031 y 38222 (...) se adoptó el criterio según el cual, cuando se demanda la indemnización de daños inmateriales provenientes de la lesión a la integridad psicofísica de una persona, ya no es procedente referirse al perjuicio fisiológico o al daño a la vida de relación o incluso a las alteraciones graves de las condiciones de existencia, sino que es pertinente hacer referencia a una nueva tipología de perjuicio, denominada daño a la salud (...)”⁸⁷

Este precedente a su vez fijó los siguientes parámetros indemnizatorios:

GRAVEDAD DE LA LESIÓN	VÍCTIMA
Igual o superior al 50%	100 SMMLV
Igual o superior al 40% e inferior al 50%	80 SMMLV
Igual o superior al 30% e inferior al 40%	60 SMMLV
Igual o superior al 20% e inferior al 30%	40 SMMLV
Igual o superior al 10% e inferior al 20%	20 SMMLV
Igual o superior al 1% e inferior al 10%	10 SMMLV

En el *sub judice* se tiene que el señor **MARIO MARTÍNEZ** padeció un accidente cerebro vascular trombótico izquierdo, secundario a la cervicotomía y a la obstrucción carótida, que dejó como secuelas, por un lado, parálisis de cuerda vocal izquierda con voz de escape y con cierre glótico incompleto; y por el otro lado, desencadenó carencia de destreza en el miembro superior derecho y alteración de la marcha del miembro inferior derecho, por lo que al mermar su capacidad laboral en un 62.85%, hay lugar a reconocer la cantidad de dinero equivalente a cien (100) SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES por concepto de daño a la salud.

7.3.- Perjuicios materiales

La parte demandante persigue el reconocimiento de la suma de \$94.062.009 por concepto de lucro cesante.

⁸⁷ Consejo de Estado, Sección Tercera, Sentencia del 28 de agosto de 2014, exp. 31170, M.P. Enrique Gil Botero.

En cuanto a la demostración de los ingresos económicos mensuales y de la actividad laboral desplegada por **MARIO MARTÍNEZ** antes del padecimiento de la parálisis de la cuerda vocal izquierda, de la alteración de la marcha del miembro inferior derecho y de la falta de destreza del miembro superior derecho, se encuentra probado que se dedicaba a las labores de agricultura, conforme a lo narrado por el hermano de la víctima ante la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Bogotá D.C. y Cundinamarca realizada el 25 de octubre de 2018, razón por la cual resulta procedente acceder a la reparación pedida a título de lucro cesante con base en el salario mínimo legal mensual vigente y por la vida probable del afectado.

Para calcular el ingreso base de liquidación, se tomará como referencia el salario mínimo legal mensual vigente sin aumentarlo en un 25% por concepto de prestaciones sociales, toda vez que estas solo proceden respecto de personas que se encuentran bajo una relación laboral y, en el proceso, no se demostró que el demandante hubiera tenido tal vínculo.

Para el cálculo del lucro cesante consolidado se aplicará la fórmula de matemática - actuarial utilizada por la jurisprudencia para tal efecto, la cual se expresa en los siguientes términos:

La indemnización por **lucro cesante consolidado** se obtiene a partir de la aplicación de la siguiente fórmula⁸⁸:

$$S = Ra \frac{(1+i)^n - 1}{i} \implies S = \$877.803 \frac{(1+0.004867)^{82.26} - 1}{0.004867} = \$88.540.044$$

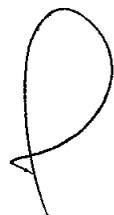
El **lucro cesante futuro** se obtiene a partir de la siguiente fórmula⁸⁹:

$$S = Ra \frac{(1+i)^n - 1}{i(1+i)^n} \implies S = \$877.803 \times \frac{(1+0.004867)^{160.8} - 1}{0.004867(1.004867)^{160.8}} = \$97.740.013$$

En consecuencia, el total por concepto de perjuicios materiales en la modalidad de lucro cesante es de **CIENTO OCHENTA Y SEIS MILLONES**

⁸⁸ En donde **S**: Es la suma que se busca; **Ra**: Es la renta o ingreso mensual; **I**: es el interés puro o técnico (anual 0.0048676) y **n**: Es el número de meses que comprende el periodo indemnizatorio (desde el día 5 de julio de 2013 hasta la fecha de la decisión (mayo de 2020), esto es 82.26 meses).

⁸⁹ En donde **S**: Es la suma que se busca; **Ra**: Es la renta o ingreso mensual; **I**: es el interés puro o técnico (anual 0.0048676) y **n**: Es el número de meses que comprende el periodo indemnizatorio (desde el día de la decisión hasta el último día probable de vida del demandante en este caso 160 meses, toda vez que el lesionado al momento de la sentencia cuenta con 71 años y 2 meses de edad de conformidad con lo consignado en la Partida de Bautismo aportada con la demanda, lo que de acuerdo a la Resolución 0110 de 22 de enero de 2014 de la Superintendencia Financiera implica una expectativa de vida de 13,4 años).



DOSCIENTOS OCHENTA MIL CINCUENTA Y SIETE PESOS (\$186.280.057.00) M/Cte., a favor de MARIO MARTÍNEZ.

8.- Costas

El artículo 188 del C.P.A.C.A. prescribe que *“la sentencia dispondrá sobre la condena en costas”*. En este caso el Despacho considera procedente condenar en costas a la parte vencida, debido a que el ente hospitalario demandado, a través de su personal médico y asistencial, contribuyó eficazmente a que se agudizaran los problemas de salud del señor **MARIO MARTÍNEZ**.

Por tanto, con fundamento en el Acuerdo No. PSAA16-10554 de 5 de agosto de 2016 *“Por el cual se establecen las tarifas de agencias en derecho”*, expedido por la Presidencia del Consejo Superior de la Judicatura, se condenará en costas al **HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.**, por lo que se fijará como agencias en derecho el equivalente a cinco (5) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

En mérito de lo expuesto, el Juzgado Treinta y Ocho Administrativo Oral – Sección Tercera del Circuito Judicial de Bogotá D.C., administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley,

F A L L A

PRIMERO: DECLARAR PROBADA la excepción de *“ausencia de responsabilidad”* formulada por **CAPITAL SALUD EPS – S S.A.S.** En consecuencia, **DENEGAR** las pretensiones de la demanda en lo relativo a esta entidad.

SEGUNDO: DECLARAR administrativa y extracontractualmente responsable al **HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.**, por los daños y perjuicios ocasionados al señor **MARIO MARTÍNEZ**, a raíz del error de diagnóstico en que incurrió su personal médico en la atención brindada a este paciente y que contribuyó eficazmente al grave deterioro de su salud.

TERCERO: CONDENAR al **HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.**, a pagar al señor **MARIO MARTÍNEZ**, en calidad de víctima directa, lo siguiente: (i) la cantidad de dinero equivalente a CIENTO SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES (100 SMLMV) por concepto de perjuicios morales, (ii) la cantidad de dinero equivalente a CIENTO SALARIOS MÍNIMOS

LEGALES MENSUALES VIGENTES (100 SMLMV), por concepto de daño a la salud y (iii) la cantidad de CIENTO OCHENTA Y SEIS MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA MIL CINCUENTA Y SIETE PESOS (\$186.280.057.00) M/Cte., por concepto de perjuicios materiales en la modalidad de lucro cesante.

CUARTO: DENEGAR las demás pretensiones de la demanda.

QUINTO: CONDENAR en costas a la parte demandada. Fijar como agencias en derecho el equivalente a cinco (5) salarios mínimos legales mensuales vigentes. Liquidense.

SEXTO: ORDENAR la liquidación de los gastos procesales, si hay lugar a ello. Una vez cumplido lo anterior **ARCHÍVESE** el expediente dejando las anotaciones del caso.

SÉPTIMO: RECONOCER personería al Dr. **CARLOS JOSÉ DEL CAMPO MACHADO**, identificado con C.C. No. 19.363.655 de Bogotá D.C. y T.P. No. 36.328 del C. S. de la J., para que actúe en representación del HOSPITAL DEPARTAMENTAL GRANADA E.S.E., conforme al poder obrante a folio 343 del cuaderno 2.

OCTAVO: TENER POR ACEPTADA la renuncia al poder presentada por el Dr. **ÁLVARO ANDRÉS TRIVIÑO HERNÁNDEZ**, quien venía actuando como apoderada judicial de **CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S.**, visible a folios 347 a 349 del cuaderno 2.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE.



ASDRÚBAL CORREDOR VILLATE
Juez 38 Administrativo Bogotá D.C.

DMAP