

REPÚBLICA DE COLOMBIA



JUZGADO SESENTA Y SEIS ADMINISTRATIVO
DEL CIRCUITO JUDICIAL DE BOGOTÁ
-SECCIÓN TERCERA-

Bogotá, D.C., diez (10) de Agosto de dos mil veinte (2020)

PROCESO:	11001-33-31-720-2007-00345-00
DEMANDANTES :	MARIA CONCEPCIÓN ORTEGA DE ESPINEL, NORBERTO ALONSO ESPINEL ORTEGA, BETTY MERCEDES ESPINEL ORTEGA, ANA FRANCY ESPINEL ORTEGA, NANCY ELIZABETH ESPINEL ORTEGA, ALVARO ESPINEL ORTEGA e IRMIS YOLANDA ESPINEL ORTEGA
DEMANDADOS:	NACIÓN – MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL - GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA – DIRECCIÓN TERRITORIAL DE SALUD- CLÍNICA NUEVA - SANITAS S.A. y JORGE ALVARO MURCIA SARMIENTO
MEDIO CONTROL:	REPARACIÓN DIRECTA

MARIA CONCEPCIÓN ORTEGA DE ESPINEL, NORBERTO ALONSO ESPINEL ORTEGA, BETTY MERCEDES ESPINEL ORTEGA, ANA FRANCY ESPINEL ORTEGA, NANCY ELIZABETH ESPINEL ORTEGA, ALVARO ESPINEL ORTEGA e IRMIS YOLANDA ESPINEL ORTEGA, por intermedio de apoderado judicial, en ejercicio del medio de control consagrado en el artículo 86 del Decreto 01 de 1984 (Art. 140 de la Ley 1437 de 2011), previos los trámites de un proceso ordinario, solicitó que se hagan las declaraciones y condenas siguientes:

ANTECEDENTES

1. PRETENSIONES

“PRIMERA: Que se declare que la NACIÓN – MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL - GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA – DIRECCIÓN TERRITORIAL DE SALUD- CLÍNICA NUEVA - SANITAS S.A. y JORGE ALVARO MURCIA SARMIENTO, son solidaria, administrativa, patrimonial y extracontractualmente responsables de todos los perjuicios materiales y morales ocasionados a MARIA CONCEPCIÓN ORTEGA DE ESPINEL, NORBERTO ALONSO ESPINEL ORTEGA, BETTY MERCEDES ESPINEL ORTEGA, ANA FRANCY ESPINEL ORTEGA, NANCY ELIZABETH ESPINEL ORTEGA, ALVARO ESPINEL ORTEGA e IRMIS YOLANDA ESPINEL ORTEGA, por la falla en el servicio médico asistencial y/o hospitalario, concretamente por defectuosa preparación y realización , y defectuoso manejo de la dolencia que desencadenó en hemiplejía del lado

derecho, pérdida del habla por lesiones producidas en el cerebro por falta de irrigación, con un daño irreversible de más del 75% del cerebro, muerte cerebral, al señor BENITO ESPINEL GARCÍA, quien adquirió una infección hospitalaria aguda que le produjo deshidratación grave y consecuencial daño en los riñones, limitaciones en varios de sus sentidos, por el defectuoso procedimiento practicado e inadecuada intervención quirúrgica, falta de equipos médicos necesarios y demás conductas y omisiones que dieron lugar a la parálisis irreversible, desde el día 13 de diciembre de 2005, ocasionando graves trastornos de orden económico e invaluable perjuicios de orden moral y en la vida de relación da su esposa e hijos.

SEGUNDA: Como consecuencia de la anterior declaración se condene a la NACIÓN – MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL - GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA – DIRECCIÓN TERRITORIAL DE SALUD- CLÍNICA NUEVA - SANITAS S.A. y JORGE ALVARO MURCIA SARMIENTO, al pago de los perjuicios de orden material, moral y daños a la vida de relación que se causaron a los demandantes, y se proceda al reconocimiento a su favor de los siguientes conceptos:

a. Daño material: el total de los gastos de terapia física, ocupacional y de lenguaje, terapias de acupuntura,. Sesiones de fonoaudiología, atención de enfermeras privadas, compra de medicamentos para el tratamiento del señor BENITO ESPINEL GARCÍA, para sobrellevar su enfermedad, prolongar su vida y poder sobrevivir dignamente, exámenes médicos, elementos de aseo, implementos quirúrgicos, pasajes aéreos para el traslado del mencionado, de Bogotá a Arauca, por prescripción médica debido a la depresión que venía padeciendo por encontrarse alejado de la familia, elementos hospitalarios (silla de ruedas, cama), compra de cilindros de oxígeno, consultas fisiatra, cuotas moderadoras, aparatos ortopédicos, transportes en taxi.

b. Por daño moral:

MARIA CONCEPCIÓN ORTEGA DE ESPINEL, esposa, la suma de 200 SMMLV

NORBERTO ALONSO ESPINEL ORTEGA, BETTY MERCEDES ESPINEL ORTEGA, ANA FRANCY ESPINEL ORTEGA, NANCY ELIZABETH ESPINEL ORTEGA, ALVARO ESPINEL ORTEGA e IRMIS YOLANDA ESPINEL ORTEGA, hijos, la suma de 200 SMMLV

c. Por daño a la vida de relación::

MARIA CONCEPCIÓN ORTEGA DE ESPINEL, esposa, la suma de 100 SMMLV

14
—

NORBERTO ALONSO ESPINEL ORTEGA, BETTY MERCEDES ESPINEL ORTEGA, ANA FRANCY ESPINEL ORTEGA, NANCY ELIZABETH ESPINEL ORTEGA, ALVARO ESPINEL ORTEGA e IRMIS YOLANDA ESPINEL ORTEGA, hijos, la suma de 100 SMMLV

TERCERA: Que a consecuencia de las anteriores declaraciones se condene a los demandados a pagar todos los valores solicitados por concepto de perjuicios materiales, actualizados con el IPC certificado por el DANE, desde el momento de causación hasta cuando quede en firme la condena, y a partir de esa fecha los intereses moratorios liquidados a la máxima tasa autorizada por la ley colombiana y por la Superintendencia bancaria, hasta cuando dicho pago se haga efectivo, conforme al artículo 177 del Código Contencioso Administrativo. Igualmente, a pagar intereses moratorios sobre las sumas liquidadas por concepto de perjuicios morales y daño a la vida de relación de los demandantes, desde el momento de adquirir firmeza la sentencia condenatoria hasta cuando se verifique el pago efectivo de las indemnizaciones respectivas.

CUARTA: En caso que dentro del proceso no lograra establecerse el valor de los perjuicios materiales, se ordene el trámite incidental autorizado en los artículos 172 del C.C.A.

QUINTA: Se ordene a las demandadas darle cumplimiento a la sentencia que se dicte a instancias de este proceso, dentro del término señalado en los artículos 176, 177 y 178 del Código Contencioso Administrativo.

o y cuidados.

SEXTA: Que se condene en costas y gastos procesales a las demandadas.”.

2. HECHOS

Del escrito de demanda, se desprenden las siguientes situaciones fácticas:

1. El paciente BENITO ESPINEL GARCÍA, fue comerciante en la elaboración, preparación y distribución de Arepas santandereanas, se encontraba afiliado al régimen de salud a la entidad SANITAS S.A., devengando un ingreso mínimo de un millón novecientos mil pesos (\$1.900.000,00) .

2. El 7 de diciembre de 2005, el señor BENITO ESPINEL GARCÍA, ingresa a la Clínica Nueva, para ser revisado por un cuadro vertiginoso crónico y dolor facial izquierdo, a su ingreso presentaba signos vitales normales y estado de conciencia alerta, no déficit motor ni sensitivo, y se decide hospitalizar para evaluar neurosífilis, endarterectomía carotídea izquierda.

3. El paciente permanece hospitalizado durante veintidós días, del 7 al 28 de diciembre de 2005, en alto riesgo para una enfermedad coronaria, por tener enfermedad vascular periférica, HTA, diabetes.

4. El 10 de diciembre de 2005, se valora pre quirúrgicamente al señor BENITO ESPINEL, la cardióloga lo valora con bajo riesgo isquémico para cirugía y determina que puede ser intervenido, no requiere otros exámenes de cardiología, después de este concepto la especialista Dra Esperanza Correa ordena la cirugía al paciente.

5. El 11 de diciembre de 2005, el neurólogo establece que don Benito Espinel, es un paciente asintomático y ordena continuar la autorización de la cirugía vascular por endarterectomía.

6. El 12 de diciembre de 2005, se informó al paciente y a su hija el procedimiento y las posibles implicaciones de la intervención quirúrgica y firma del consentimiento informado.

7. El 13 de diciembre de 2007 (sic), a las 13:30 ingresa el paciente a cirugía en nota operatoria el procedimiento a seguir es por una obstrucción carotídea izquierda al 75%, como cirugía se le practica la endarterectomía carotídea izquierda el cirujano Jorge Murcia, anestesiólogo Dr. González.

Anestesióloga y cirujano informan que el paciente salió hemidancítico densa derecho luego de la enterectomía – historia de HTA, neorolisis, obesidad, se observa hemorragia leve.

1. falla respiratoria aguda 2=A, 2. Hemorragia cervical drenada. 3. Estenosis carotídea corregida, 4. Hematoma a estudio

ECV isquémico izquierdo supratentorial, con ventilación mecánica, informe a la familia. Tac mañana intubación programada.

8. El 14 de diciembre de 2005, el doctor Luis Carlos Rodríguez interviene al paciente Benito Espinel, porque se encuentra un hematoma masa, con signos vitales normales, paciente con respiración mecánica y sedado desde la intervención del día 13 de diciembre. El mismo día el cirujano Jorge Murcia ordena la toma de TAC para revisar el estado del cerebro cuyos resultados mostraron que el daño causado era de aproximadamente el 75% del cerebro. Los daños siguieron empeorando y sin mejoría alguna el 28 de diciembre de 2005, se dio orden de salida, con manejo domiciliario.

15

9. Debido al deteriorado estado de salud del señor Espinel García y a la falta de cuidado mientras estuvo hospitalizado en la Clínica Nueva, presento un estado de deshidratación extrema que lo tuvo agonizando hasta el 31 de diciembre, y los médicos de EPS SANITAS seguían insistiendo que el paciente estaba bien.

10. El 31 de diciembre de 2005, el paciente fue llevado de urgencias a la Fundación Cardio Infantil, en donde le diagnosticaron infección hospitalaria aguda, con deshidratación severa que le produjo daño en los riñones, infección de vías urinarias nosocomial Extra institucional, hipertensión arterial, secuelas de enfermedad cerebrovascular, isquémico, post operatorio de endarterectomía carotídea, anemia normo citica normo crómica, desequilibrio hidroelectrolítico, depresión post quirúrgica.

En la historia clínica de la Fundación Cardio infantil se indicó "paciente de 72 años de edad, de sexo masculino, ingresa el 31 de diciembre de 2005, a quien el 13 de diciembre de 2005, realizan endarterectomía de carótida interna izquierda por arterioesclerosis y obstrucción mayor de 75%, que se había relacionado previamente con múltiples accidentes cerebro vascular isquémicos, y transitorios, presentándose como complicación durante el procedimiento quirúrgico un accidente cerebro vascular isquémico de arteria cerebral media izquierda, con secuelas posterior hemiplejia derecha y afasia motora...".

11. En los registros médicos de la unidad de cuidados intensivos de la Fundación cardio Infantil, se señala que el paciente ingresa con cuadro clínico de 48 horas de evolución de astenia, adinamia, intolerancia a la vía oral, deposiciones diarreicas abundantes, fétidas, sin moco o sangre.

Encuentran al paciente con cuadro de sepsis severa, con sospecha de infección urinaria vs infección intestinal entero invasiva, son severa deshidratación, con repercusión en su condición general, con deterioro de la función renal, por lo cual recibió aporte de líquidos endovenosos ...".

12. Después de un año de trabajo de terapia física, ocupacional y de lenguaje en la Organización teletón, adicional a terapias pagadas por la familia, atención de enfermeras contratadas, demuestran que los daños causados en la intervención quirúrgica del 13 de diciembre de 2005, son irreversibles por el error en el procedimiento seguido por el médico cirujano de la Clínica Nueva durante la intervención quirúrgica y la falta de equipos necesarios para este tipo de intervenciones.

13. El 9 de marzo de 2006, el señor Benito Espinel ingresa a la Clínica Puente del Común para ser evaluado y tratado por las secuelas de la cirugía realizada el 13 de diciembre de 2005, en donde se diagnóstica "... presenta evento cerebro vascular en territorio de arteria cerebral media izquierda, trastorno cognoscitivo y comportamental – depresión secundario a condición médica general, trastorno deglutorio, hipertensión arterial, diabetes mellitus, deslipidemia. Alteración de la función de nutrición relacionada con inadecuado consumo de nutrientes (la Clínica Nueva nunca informo que el paciente debía llevar un especial tratamiento alimenticio), Alteración de la función de actividad y descanso relacionado con dolor muscular miembro superior derecho, dificultad en la marcha. Alteración de la función de eliminación urinaria, supeditado a estructuración de secuelas neurológicas.

El paciente permaneció en esta institución hasta el mes de julio de 2006, sin encontrar, mejoría ni avance a su estado de salud.

3. TRÁMITE

- 1.- La demanda se presentó el 7 de diciembre de 2007 (f.30); en auto del 5 de febrero de 2008, e inadmite la demanda (f. 40)
 - 2.- En escrito del 14 de febrero de 2008, la parte actora allega escrito de subsanación la demanda, que fue admitida el 8 de abril del mismo año (f. 48).
 - 3.- El 7 de noviembre de 2008, el apoderado del Departamento de Cundinamarca interpone recurso de reposición contra el auto admisorio (f. 53-63)
 - 4.- La admisión de la demanda se notificó por aviso el 4 y 7 de noviembre de 2008, respectivamente al Director Territorial de Salud y al Ministro de Protección Social, el día 21 del mismo mes y año, se notificó personalmente a Sanitas S.A.
 - 5.- El 1º de junio de 2009, se decide el recurso de reposición interpuesto por el Departamento de Cundinamarca (f. 75-76)
 - 6.- El 9 de septiembre de 2009, EPS SANITAS S.A. allega contestación de la demanda (f. 87-110) y el Ministerio de Protección Social (f. 154-176)
 - 7.- El 19 de noviembre de 2009 el apoderado de la Clínica Nueva interpone recurso de reposición y en subsidio apelación contra el auto admisorio y el día 30 del mismo mes, allega contestación de la demanda. (f. 205-215)
 - 8.- El 30 de noviembre de 2009, la Clínica Nueva allega escrito de llamamiento en garantía a La Previsora S.A. Compañía de Seguros (f. 327)
- El 4 de mayo de 2010, la apoderada de la parte actora interpone recurso de reposición contra el auto anterior. (f. 443)
- 5.- En auto del 27 de abril de 2010, el Despacho emplaza a Jorge Álvaro Murcia Sarmiento y a la Clínica Nueva (f. 440)
- En la misma fecha el Centro Policlínico del Olaya llama en garantía a Colseguros S.A. (F. 25-28)

- 6.- El 1º de junio de 2010, se rechaza el recurso de reposición presentado contra el auto admisorio de la demanda, por extemporáneo (f. 451).
- 7.- En auto del 13 de julio de 2010, se decide el recurso de reposición interpuesto contra el auto del 27 de abril del mismo año y fijando en lista la demanda respecto del señor Jorge Álvaro Murcia Sarmiento. (f. 467)
- 8.- El 27 de octubre de 2010, la Clínica Nueva allega contestación de la demanda (f. 523 -534), llamamiento en garantía de LA PREVISORA S.A. (f. 535) y solicitud de nulidad por falta de requisito de procedibilidad (f. 551)
- 9.- En auto del cinco de abril de 2011, se decretan las pruebas (f. 950-953)
En escrito del 12 de abril de 2011, el apoderado de EPS SANITAS S.A. interpone recurso de reposición y en subsidio apelación contra dicho auto (f. 954-960)
- 10.- El 13 de abril de 2011, el apoderado de Clínica Nueva interpone recurso de apelación contra el auto que decretó las pruebas, por haberse decidido el llamamiento en garantía de LA PREVISORA S.A. (f. 961)
- 11.- En auto del 18 de octubre de 2011, se decide las solicitudes de nulidad presentadas por el apoderado de la Clínica Nueva por no haberse allegado el requisito de procedibilidad y por no haberse dado trámite a la solicitud de llamamiento en garantía, y decide recurso interpuesto por Sanitas contra el auto que decreto las pruebas, deja sin efecto auto de pruebas. (f. 1013-1018)
En la misma fecha se profiere auto que acepta el llamamiento en garantía formulado por la Clínica Nueva contra la Compañía de Seguros La Previsora S.A. (f. 1019-1021).
- 12.- Notificación por aviso a LA PREVISORA S.A. el 7 de diciembre de 2011 (f. 1023), entidad que contesta el llamamiento en garantía (f. 1024-1038)
- 13.- En auto del 22 de mayo de 2012, se decreta la práctica de pruebas (f. 1081-1093)
- 14.- En auto del 11 de septiembre de 2012, se decide el recurso de reposición interpuesto por la parte actora y La Clínica Nueva contra el auto anterior, adicionándolo (f. 1110-1117)
- 15.- En auto del 12 de febrero de 2013, el Juzgado 21 Administrativo de Descongestión de Bogotá, decide la petición de la parte actora (f. 1174-1176).
- 16.- En autos del 16 de abril (f. 1219) y 16 de julio de 2013, se reiteran las pruebas solicitadas por las partes.
- 17.- En auto del 17 de septiembre de 2013, se resuelve el recurso de reposición interpuesto contra la decisión del 16 de julio de 2013 (f. 1330-1332).
- 18.- En autos del 26 de noviembre de 2013 (f. 1353) y 8 de abril de 2014 (f. 1390) se reitera la práctica de pruebas (f. 1402)
- 19.- En auto del 27 de mayo de 2014, se rechaza recurso de reposición y solicitud de aclaración y se corre traslado del dictamen pericial (f. 1402)

20.- En autos del 16 de septiembre (f. 1482), 4 de noviembre de 2014 (f. 1506), 21 de abril de 2015 (f. 1680), 30 de junio de 2015 (f. 1693), 30 de junio de 2015 (f. 1701), 29 de julio de 2015 (f. 1707), reitera práctica de pruebas.

21.- En auto del 10 de febrero de 2016, se declara improcedente la tachada de falsedad de la historia clínica (f. 18-59).

22.- En autos del 16 de marzo (f. 1862-1863), 26 de septiembre (f. 1887), 9 de noviembre de 2016 (f. 1894), 25 de julio de 2018 (f. 1932) se reitera la práctica de pruebas

23.- Por auto del 15 de febrero de 2019, se declara cerrada la etapa y corre traslado para alegar por escrito (f. 1968)

4. CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

4.1. EPS SANITAS

Se opuso a la prosperidad de las pretensiones, ya que las funciones de las EPS en el Sistema de Seguridad Social en Salud no corresponden a la prestación de los servicios de salud, sino que se ubican dentro de la administración del régimen contributivo, bajo un esquema de aseguramiento, es decir, no se presta la atención médica de manera directa a sus afiliados, sino el de la organización de mecanismos institucionales y administrativos que les permita acceder a la atención brindada por los diferentes prestadores de servicios de salud que conforman la red de la EPS.

Por tanto, es evidente que en casos donde se presenta un reclamo derivado de la prestación de unos servicios de salud, no es la EPS Sanitas la llamada a responder por la presunta falla médica, ya que se le garantizó al señor Benito Espinel García el acceso a los servicios de salud requeridos y la cobertura económica de los mismos.

y propone las siguientes excepciones:

- 1.- Inexistencia de la obligación
- 2.- Ausencia de responsabilidad
- 3.- Cumplimiento de las obligaciones establecidas por la normativa vigente a cargo de EPS Sanitas
- 4.- Inexistencia de la obligación indemnizatoria por lucro cesante
- 5.- Inexistencia de solidaridad
- 6.- Falta de jurisdicción y competencia
- 7.- Indebida formulación de la imputación de responsabilidad antijurídica al Estado.

4.2. MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL

17

Se opone a las pretensiones invocadas por los demandantes y a las declaraciones y condenas solicitadas, atendiendo que el Sistema General de Seguridad Social en Salud, es un mecanismo de organización coordinada a través del Ministerio de Protección Social a todos los organismos que prestan servicios de salud en el ámbito nacional, seccional y local desde un punto de vista de las normas científico técnicas y administrativas, y es precisamente por esta razón que no se le puede responsabilizar solidariamente de los hechos que realicen los integrantes de dicho sistema, máxime cuando de la demanda se desprende que el Ministerio no ha actuado ni dejado de hacerlo dentro de los hechos objeto de controversia.

Se colige que si eventualmente surge responsabilidad extracontractual, la misma deberá declararse contra el ente respectivo o las personas que directa o indirectamente causaron el perjuicio

Propone las excepciones de:

- 1.- Inexistencia de la obligación
- 2.- Falta de legitimidad pasiva: La responsabilidad médica se genera con base en el ejercicio o práctica profesional, teniendo en cuenta los siguientes elementos: El hecho o conducta, la culpa, el daño y el nexo causal.

Así las cosas, no puede predicarse que exista nexo causal entre el actuar del Ministerio y el hecho dañoso alegado por la demandante.

- 3.- Innominada

4.3. CLINICA NUEVA

El apoderado de la entidad indicó que:

- a.- El 7 de diciembre de 2005, Benito Espinel de 72 años de edad, consulta con cuadro de dolor facial de 3 a 4 meses de dolor facial.
- b.- El paciente presentaba antecedentes de diabetes, colesterol alto, hipertensión arterial y obesidad, por lo cual se ordenen exámenes y hospitalización.
- c.- En el examen practicado el mismo día se encuentra que el paciente presenta estrechamiento (estenosis) de la arteria carótida izquierda en más del 75%, debido a material graso que se ha acumulado en la parte interna de la arteria, por lo cual el procedimiento indicado debe ser quirúrgico (endarterectomía), de no realizarse la arteria se continuaría taponando hasta sellarla.
- d.- En diciembre de 2005, el paciente tenía el 75% de la arteria carótida taponada, por lo que si no se realizaba la operación, en cualquier momento podría ocurrir un accidente cerebro vascular, ya que el cerebro no recibiría sangre.
- e.- Benito Espinel decide que pese a los riesgos desea que le realicen la operación, por lo cual durante seis días se toman las medidas pertinentes para

disminuir los riesgos que conlleva la cirugía. El 13 de diciembre de 2005, se le explico nuevamente a Benito y Ana Espinel la naturaleza de la información que se le va a practicar, los riesgos, complicaciones neurológicas tipo accidente cerebro vascular, infección de la herida e incluso la muerte.

f.- El 13 de diciembre se realiza la cirugía con duración de una hora y 20 minutos, se encontró la arteria totalmente rígida y el material graso acumulado estaba calcificado, la cirugía se realiza sin complicaciones, se ingresa al paciente a cuidados intermedios a las 2.20 p.m., pero a las 3.15 tuvo que ser sometido a una nueva cirugía debido a un hematoma cervical que debió ser drenado, la cual no presentó complicaciones.

g.- Sin embargo, uno de los riesgos que se habían advertido sucedió y obedeció al desprendimiento de uno de los múltiples fragmentos que formaban el material graso que obstruía el 75% de la arteria. Dicho fragmento produjo una embolia que conllevó un accidente cerebro vascular oclusivo, dicha obstrucción produjo un daño territorial cerebral medio izquierdo que lleva hemiplejía del lado derecho.

h.- Aclara que la segunda cirugía, no fue la causa de la embolia, sino uno de los múltiples fragmentos de grasa que ya se encontraban dentro de la arteria carótida y que le estaba obstruyendo uno de los internamente el 75% de esta. Dicho accidente cerebro vascular era uno de los riesgos inherentes a la cirugía, que se potencializaba con los antecedentes de salud del paciente, y que fue informado a éste y a su hija Ana Espinel.

h.- Para la época de los hechos la Clínica Nueva contaba con todo el equipo requerido para hacer el diagnóstico, realizar la valoración pre quirúrgica, efectuar el procedimiento y realizar el seguimiento del mismo, y Jorge Murcia, médico que realizó la intervención es un profesional idóneo con experiencia y pericia en este tipo de intervenciones.

i.- En consecuencia, el equipo humano y técnico de la clínica, así como los estudios e intervenciones eran los adecuados y pertinentes para la dolencia presentada por éste; el ACV sufrido por Benito Espinel obedeció a causas inherentes a él, de difícil prevención, y que se le expusieron tanto a él como a sus familiares, antes de la cirugía.

j.- Benito Espinel estuvo del 13 al 20 de diciembre, en cuidados intensivos; el 21 y 22, en cuidados intermedios y del 23 al 28 de diciembre en habitación, tiempo en el cual estuvo atendido por personal idóneo, además durante su permanecía en la clínica no tuvo intolerancia alimenticia, tampoco se evidenció o sospecho una infección.

k.- El 28 de diciembre de 2005, previa revisión por medicina interna, con presencia, valoración y coordinación de la EPS SANITAS S.A. se autorizó la salida para ser tratado en su casa a través de Plan Hospitalario Domiciliario que le prestaría la E.P.S., desde esta fecha el paciente no volvió a ingresar a la Clínica.

Propone las excepciones de: Prescripción, caducidad, compensación, causa extraña, culpa de la víctima, hecho de un tercero.

4.4. JORGE ALVARO MURCIA SARMIENTO

Señala respecto de los hechos que estos no corresponden literalmente a la realidad, ya que el ingreso no se dio solo por un cuadro vertiginoso crónico y dolor facial izquierdo, además ingreso con la serología positiva de neurosífilis, y al ser valorado por neurología se determinó que presentaba una estenosis del 75% de la arteria carótida izquierda, que indujo valoración por vascular y ahí se definió que el paciente requería la realización de una endarterectomía carotídea izquierda; de otro lado el paciente no fue hospitalizado por alto riesgo de enfermedad coronaria, sino por presentar una enfermedad neurológica y estando en la clínica se le diagnosticó enfermedad carotídea con estenosis del 75%, por lo cual se programó para endarterectomía carotídea el 13 de 3 diciembre de 2005.

Autorizado el procedimiento el 8 de diciembre, el demandado solicitó estudios pre quirúrgicos y valoraciones por cardiología y anestesia y el mismo día se explicó al paciente y su hija los riesgos y beneficios del procedimiento como aparece a folio 55 de la historia clínica. El neurólogo también solicitó un eco estrés con dobutamina para descartar enfermedad coronaria.

En el hecho siete hay inexactitud ya que la doctora Esperanza Correa, es una médico general que registro los exámenes de los paraclínicos y fue el Dr. Murcia quien de acuerdo a la valoración cardiológica determinó que se podía realizar el procedimiento y solicitó turno quirúrgico.

El hecho décimo presenta imprecisiones, se omite que se realizaron dos intervenciones el mismo día, la segunda a las 15:00 horas como consecuencia de una complicación inherente al procedimiento. La anesthesióloga y el cirujano informan que el paciente salió hemiparético derecho.

El evento cerebro vascular indujo a un manejo consistente en mantenerlo en unidad de cuidados intensivos, ventilación mecánica, informe a la familia, TAC mañana y entubación programada, por tanto, los actos en que intervino el doctor Murcia obedecieron a un estricto rigor médico-científico en el manejo de la patología del paciente.

Niega el hecho 12, en la historia clínica esta la anotación verídica a folios 64.

Respecto del hecho 13, el día 14 de diciembre de 2005, no se le practicó intervención alguna al paciente, el 13 del mismo mes y año, en el post operatorio se encontró un hematoma cervical en el sitio de la herida quirúrgica, el diagnóstico inmediato fue la re intervención para drenar el hematoma, esta intervención fue necesaria como consecuencia de la complicación presentada inherente al primer procedimiento.

El hecho 14 es falso, ya que el TAC fue ordenado el mismo 13 de diciembre y el mismo reporta extensa lesión isquémica en la arteria cerebral media izquierda, no aparece reporte de daño del 75%, por tanto existe inexactitud.

No es cierto que el Cirujano Murcia pretendiera hacer creer a los familiares que todo estaba bien, como consta en la historia clínica folio 68, el 15 de diciembre una vez revisada la tomografía se explicó a los familiares la situación del paciente, quien presentaba evento cerebro vascular izquierdo con hemiplejía derecha, no existe evidencia en la historia clínica que se haya manifestado a los familiares que los daños causados eran graves e irreversibles.

Frente al hecho 16, las complicaciones del paciente se definieron con anterioridad al 15 de diciembre de 2005, no es cierto que el paciente no respondiera a estímulos cerebrales para esta fecha, ya que en la historia clínica a folio 66 se registran reflejos de tallo y existe inexactitud de este hecho, confrontado con la anotación en el folio 55 de la historia clínica.

Respecto del hecho 17, la hemiplejía fue diagnosticada antes del 16 de diciembre (folio 17 historia clínica); en el hecho 18 hay una transcripción incompleta de lo que aparece a folio 75 de la historia clínica, el 19 de diciembre no hubo extubación, esto acaeció el día 17 del mismo mes.

En el hecho 21 se indica que el 20 de diciembre se ordena mantener al paciente entubado y para esta fecha ya no lo estaba, en la misma fecha se ordenó iniciar tratamiento con nitroglicerina por difícil manejo de la presión arterial, se continuaron terapias y por mejoría se trasladó a piso.

Niega el hecho 24, ya que se mantuvo informada a la familia de manera constante, como se registra en la historia clínica hubo constante comunicación con los familiares, incluso después del egreso, se ordenaron las terapias requeridas y medicamentos de egreso.

El hecho 27 corresponde a suposiciones carentes de asidero en la realidad y en la verdad procesal.

Los hechos 28 a 30 son supuestos de hecho atinentes a terceros, la historia clínica prueba lo pertinente.

Frente al hecho 31 indica que el que se le haya prestado el servicio de terapias posterior a la intervención, nada demuestra respecto a la etiología de las patologías preexistentes, ni el estado somático del paciente, que no hubo muerte cerebral medicamente hablando; la pericia diligencia y cuidado del cirujano abunda en las anotaciones de la historia clínica en torno a las actividades pre quirúrgicas, quirúrgicas y post quirúrgicas, y se comprueba con los títulos académicos, de otro lado, la clínica contaba con la habilitación de este servicio ante la Secretaría de salud de Bogotá, D.C.

Respecto del hecho 32 rechaza la afirmación que el servicio prestado en la clínica Puente del Común tuvo su origen en la inadecuada intervención quirúrgica realizada el 13 de diciembre de 2005.

19
/

Frente a los hechos posteriores señala son repetición de los anteriores y se remite a la posición fijada.

En lo concerniente a los fundamentos de la demanda señala que es evidente la inexactitud en el sentido de señalar que el paciente se encontraba en buenas condiciones generales, sin embargo, señala igualmente que se encuentra dentro del grupo de alto riesgo para enfermedad coronaria, por tener enfermedad vascular periférica, además padecía diabetes mellitus, hipertensión arterial, serología positiva, micro infartos cerebrales y neuralgia del trigémino.

El uso del medicamento heparina es mandatorio en este tipo de intervenciones quirúrgicas, lo que aumentan el riesgo de hemorragia post operatoria y la formación del mencionado hematoma, situación que fue favorecida por la hipertensión arterial severa y de difícil manejo que presentó el paciente en el acto operatorio y en su recuperación post anestésica. La complicación presentada fue detectada oportunamente y la intervención realizada para controlar el sangrado.

El doctor Jorge Álvaro Murcia, junto con el equipo médico de soporte observaron el debido procedimiento quirúrgico, poniendo a su servicio su alta cualificación profesional, con el equipo quirúrgico adecuado y los insumos médicos quirúrgicos propios del caso. El deterioro de la salud del paciente está asociado a su edad y las múltiples patologías que padecía al momento del acto quirúrgico, con su consentimiento y aceptación del grave riesgo de morbilidad. El hematoma cervical fue una complicación diagnosticada y tratada de forma oportuna sin relación de causalidad directa con la complicación neurológica presentada por el señor Espinel García; además para la realización de los procedimientos se utilizaron todos los equipos, infraestructura y suministros médicos quirúrgicos necesarios y adecuados.

En cuanto a los elementos de la responsabilidad, no hay daño imputable al médico cirujano interviniente, ya que no hubo falla del servicio médico que permita inferir conducta típica adecuada la previsión contenida en el artículo 331 de la Ley 446 de 1998, modificadorio del artículo 86 del Código Contencioso Administrativo.

En cuanto al nexo de causalidad la ausencia de daño material que permita estimar el perjuicio resarcible alegado con base en una presunta "muerte cerebral" que no la hubo, se lleva de contera la ilegal e injusta imputación de falta de previsión por no prevenir lo previsible, como lo evidencia la secuencia del servicio prestado.

Como excepciones propuso:

- 1.- Adecuada práctica médica - cumplimiento de la lex artis

2.- Inexistencia de conducta derivada de acto médico imputable a falta de prudencia, diligencia o culpa de los intervinientes y de la demandada que represento.

3.- Inexistencia de responsabilidad

4.- Consentimiento informado

5.- Cobro de lo no debido

4.5. LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS

Se opone a la prosperidad de las pretensiones ya que en la demanda no se acredita perjuicio material alguno y ante una improbable condena los perjuicios morales serían menores.

La Previsora S.A. ampara al asegurado, Congregación – Clínica Nueva de Dominicas de Santa Catalina de Sena, de acuerdo a las coberturas otorgadas por la aseguradora a través del contrato de seguro instrumentado en la póliza No. 1005232, y está sujeto a los términos previstos en las condiciones generales, especiales y particulares consagrados en el clausulado. De las condiciones del aludido contrato merecen especial mención los amparos otorgados, las exclusiones de cobertura, las garantías otorgadas por el asegurado, los límites de cobertura y deducibles., entre otros.

Propone como excepciones:

1.- Ausencia de responsabilidad del asegurado

2.- Ausencia de cobertura: Los hechos que dieron lugar a la presente demanda NO fueron reclamados en vigencia de la póliza. En consecuencia, no hay cobertura de responsabilidad civil por daños morales de (\$50.000.000), como consta en las condiciones generales, donde se indica: "La indemnización originada por daños morales derivados de alguna reclamación se cubrirá hasta el sublímite de 50% de la suma asegurada... y no podrá ser superior a \$50.000.000 por vigencia".

4.- Prescripción: Sin perjuicio de las excepciones anteriores las acciones derivadas del contrato de seguro póliza de responsabilidad civil extracontractual No. 1005232, se encuentran prescritas en los términos del artículo 1081 del Código de Comercio. Por tanto, para la época de vinculación de la aseguradora al proceso, el 7 de diciembre de 2011, la acción del llamante en garantía esto es, del asegurado, a saber, La Congregación – Clínica Nueva de Dominicas de Santa Catalina de Sena, había prescrito, ya que entre el 7 de diciembre de 2005 y el 7 de diciembre de 2011, transcurrieron más de dos años.

20
/

5. CONSIDERACIONES

Revisado el proceso se encuentra que no se da causal alguna que pueda dejar sin valor la actuación que hasta aquí se ha surtido y se procede a decidir sobre el fondo del asunto litigado, lo que se hará en primera instancia.

5.1. PROBLEMA JURÍDICO

Corresponde al Despacho determinar si en el caso bajo análisis, el accidente cerebro vascular y demás afecciones neurológicas sufridas por el señor Benito Espinel García constituyen un daño antijurídico imputable a las entidades demandadas o si, por el contrario, se trata de riesgos inherentes a la intervención quirúrgica de endarterectomía, lo cual se ve agravado por la edad y las patologías previas presentadas por el paciente

5.2. PRESUPUESTOS PROCESALES DE LA ACCIÓN

5.2.1. **Jurisdicción y Competencia:** Por ser algunas de las demandadas entidades estatales, el asunto es de conocimiento de esta jurisdicción, conforme al artículo 104 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (art. 82 C.C.A). Además, este Despacho es competente atendiendo la cuantía.

5.2.2. **Legitimación en la causa por activa:** Aparece demostrada en el plenario conforme a la copia de la partida de matrimonio de la Parroquia San Juan de Sahagún de Carcasí, que la señora María Concepción Ortega contrajo matrimonio con Benito Espinel, y de los demás documentos aportados con la demanda se extrae que Norberto Alonso, Espinel Ortega, Álvaro Espinel Ortega, Irmis Yolanda Espinel Ortega, Betty Mercedes Espinel Ortega, Francy Espinel Ortega y Nancy Elizabeth Espinel Ortega son hijos del señor Benito Espinel García (f. 1 a 8 c. 1 pruebas).

5.2.3. **Legitimación en la causa por pasiva:** – E.P.S. SANITAS es la entidad prestadora de servicios de salud a la cual se encontraba afiliado el señor Benito Espinel García; la Clínica Nueva es el centro asistencial donde le prestaron los servicios médicos hospitalarios al afectado; el Ministerio de la Protección Social es el ente nacional relacionado con la regulación del servicio de salud, La Previsora S.A. Compañía de Seguros fue llamado en garantía y el médico Jorge Álvaro Murcia Sarmiento, quien practicó la

intervención quirúrgica, fue demandado. En virtud de lo anterior, se tiene por acreditada su legitimación en la causa por pasiva.

- 5.2.4. **Caducidad:** El ordenamiento jurídico consagra la figura de la caducidad como una sanción por el no ejercicio oportuno de las acciones judiciales, para lo cual la ley establece taxativamente unos términos dentro de los cuales el interesado tendrá la carga de promover el litigio a través de demanda. El numeral 8° del artículo 136 del Código Contencioso Administrativo (vigente para la fecha de los hechos, y presentación de la demanda) en lo relativo a la acción de reparación directa, contemplaba un término de dos años para que fuera impetrada, contados a partir del día siguiente a la ocurrencia del daño (hecho, omisión, operación administrativa u ocupación temporal o permanente), vencido el cual ya no será posible solicitar que se declare la responsabilidad patrimonial del Estado.

En el presente caso, la cirugía de endarterectomía practicada al señor Benito Espinel García y a consecuencia de la cual sobrevino el evento cerebro vascular, fue practicada el 13 de diciembre de 2005, por lo tanto el término vencía el 27 de octubre de 2006, y conforme obra a folio 30 de la actuación la demanda fue radicada el 7 de diciembre de 2007, por tanto, no se superó el término de dos años y por ende no operó la caducidad.

5.3. MATERIAL PROBATORIO

Como pruebas relevantes para tomar la decisión de fondo en el presente asunto, se tienen las siguientes:

a. Documentales:

- 1.- Partida de bautismo de Benito García Espinel y partida de matrimonio de Benito García Espinel y María Concepción Ortega (f. 1 y 2 c. pruebas)
- 2.- Partida de bautismo de Norberto Alonso, certificación de la Notaria de Tame - Arauca de Álvaro Espinel Ortega, Registro de nacimiento No. 2806518 de Irmis Yolanda Espinel Ortega, certificación de la Notaria Segunda de Malaga, del Registro Civil de nacimiento de Betty Mercedes Espinel Ortega, registro civil de Franci Espinel y certificación de la Notaria Primera de Málaga del registro civil de nacimiento de Nancy Elizabeth Espinel Ortega (f. 3 – 8 c. pruebas)
- 3.- Copia de los documentos de identidad de Benito García Espinel, María Concepción Ortega, Norberto Alonso Espinel Ortega, Álvaro Espinel Ortega, Irmis Yolanda Espinel Ortega, Betty Mercedes Espinel Ortega, Franci Espinel y Nancy Elizabeth Espinel Ortega (f. 9 – 15 c. pruebas)
- 4.- Exámenes médicos practicados a Benito Espinel García (f.17-34 c. pruebas).

21

5.- Fundación cardio Infantil, resumen de la Unidad de Cuidado Intensivo, paciente Benito Espinel García, fecha ingreso: 2005-12-31 y fecha de egreso: 2006-01-02.

DX ingreso: sepsis severa foco urinario Vs gastrointestinal, falla renal pre renal Vs crónica agudizada, hipertensión arterial, diabetes mellitus, secuelas de accidente cerebro vascular, deshidratación grado III, cetoacidosis diabética

DX egreso: sepsis foco urinario Vs gastrointestinal en resolución, diabetes mellitus descompensada por foco infeccioso en resolución, secuelas de accidente cerebro vascular, deshidratación grado III en resolución, falla renal pre renal Vs crónica agudizada, secundaria a enfermedad de fondo.

ANTECEDENTES. Estuvo hospitalizado hasta hace 48 horas en otra institución en donde se le realizó Endarterectomía carotídea presentando como complicación isquemia cerebral, que dejó como secuela hemiparesia derecha y afasia...

Llega un paciente con cuadro de sepsis severa, con sospecha de infección urinaria vs infección intestinal entero invasiva, con severa deshidratación, con repercusión en su condición general, con deterioro de la función renal, por lo cual recibió aporte de líquidos endovenosos, no mejorando presiones por lo que es sometido a manejo con inotrópicos, Dopamina...(f. 36 – 37 c. pruebas)

6.- Historia clínica de la Fundación Neumológica Colombiana de Benito Espinel García, "Enfermedad actual: Paciente con cuadro clínico de 48 horas de evolución de astenia, adinamia, intolerancia a la vía oral, deposiciones diarreicas abundantes, fétidas, sin moco o sangre, solicitan valoración por medicina domiciliaria encontrándolo hipotenso, razón por la que es traído al servicio de urgencias donde encuentran deshidratado, hipotenso, inician manejo de dopamina, líquidos endovenosos y trasladan a la unidad para continuar manejo.

Análisis del caso: Paciente con cuadro clínico de sepsis severa con sospecha de infección urinaria Vs ED enteroinvasiva con severa DHT con repercusión en su condición general y en especial con deterioro de su función renal, considerando antecedente de hospitalización hace 48 horas, se inicia cubrimiento de amplio espectro, se solicitan cultivos, una vez se logre adecuada hidratación de acuerdo a la evolución de su función renal se considerara necesidad de diálisis. (f. 38 a 401)

7.- Reporte de exámenes de laboratorio practicados a I señor Benito Espinel García en la Fundación Cardio Infantil (f. 41 a 48)

8.- Historia clínica de Benito Espinel de la Clínica Nueva (f. 69-94), donde se indica:

Fecha Ingreso: 07/12/05 Hora 12:40

Motivo consulta: remitido consulta externa

Hora de atención 13+00 – Enfermedad actual: Paciente con cuadro vertiginoso --
- serología (+) a pesar de tto. De 3 a 4 meses Dolor fascial (sic) izquierdo en ---
como neuralgia del trigémino en tto sin rta. Se hospitaliza.

EPICRISIS: VALORACIÓN TÉCNICA: Pte quien ingresa con cuadro de
neurosifilis y con Dx de oclusión de del 75% carótida interior izquierda
sintomática con múltiples episodios alt a pesar del manejo con antiagregante

EXAMENES PARACLINICOS: Doppler Oclusión carótida int izq 75%

EVOLUCIÓN: Se maneja cuadro infeccioso con PNL se hace evaluación pre Qx
y es llevado a endarterectomia carótida izquierda

DIAGNOSTICO DEFINITIVO: Oclusión carótida izquierda – ACV hemisferio
izquierdo

Fecha de salida: Dic 28/05

Firma y registro médico: JORGE A. MURCIA J.

XII/7/05 1 pm NEUROLOGIA

Paciente con cuadro vertiginoso crónico estudiado previamente por neurólogo ---
positivo serología (+) inicio manejo con penicilina --- 3 amp – sin embargo
serología central (-)

3-4 meses de dolor facial izquierdo en – intenso se considera neuralgia de
trigémino. Inicio manejo --- sin ningún resultado. Actualmente recurrencia del
cuadro al punto de ser incapacitante...

7/dic/05 13+45 Pte con cuadro de ECV para el cual ha venido siendo manejado
con antiagregantes y que muestra la resonancia áreas de microinfartos doppler
muestra estenosis del 75% de carótida interna izquierda. Por lo anterior se
considera que el manejo es quirúrgico

S/ autorización para endarterectomia carotidea

...

8/Dic/ Cx vascular Se explica al paciente y a su hijo los riesgos y beneficios del
procedimiento

Ya fue autorizada la cirugía, se solicitan estudios pre quirúrgicos y valoración por
cardiología y anestesia.

XII/8/05 Neurología Paciente en quien se considera discutir neurosifilis tras
serología (+). No cambios en su sintomatología ...

Se realiza punción lumbar se explica procedimiento a paciente y familiares ellos
aceptan.

...No se logra realización por obesidad mórbida de paciente que no logra
alcanzar meta con --- se solicita cita con anestesiología para realización
punción lumbar

9/12/05 Anestesia

Punción lumbar L3 L4 DLI spinocat U # 20

VALORACIÓN CARDIOLOGÍA - DICIEMBRE 8 DEL 2005 10:00 A.M.

CONCEPTO: Considero que este paciente se encuentra dentro del grupo de alto
riesgo para enfermedad coronaria por tener enfermedad vascular periférica, HTA,
diabetes y edad, además su tensión arterial no está controlada. Se programa
para eco stress con dobutamina mañana...

Cx Vascular

Paciente en estudio prequirúrgico para endarterectomia carotidea, cardiología
considera de alto riesgo coronario, por lo cual se le practica eco stress

Por lo anterior se programa una vez que las condiciones médicas sean las apropiadas y se descarte --- coronaria

ECOCARDIOGRAMA STRESS CON DOBUTAMINA

1. Ecocardiograma Stress Dobutamina maximal 100% negativo para isquemia miocárdica. 2. Respuesta presora hipertensiva y crono trópica adecuada. 3. Asintomático durante el estudio. 4. Procedimiento sin complicaciones.

CONCEPTO: Paciente de bajo riesgo isquémico para cirugía. Puede ir a cirugía no requiere otros exámenes por cardiología, se agrega hidroclorotiazida para control de cifras tensionales...

XII/10/05 Neurología

Paciente neurológico asintomático, no dolor facial (trigemino)

CER Descarte neurosífilis considero ---- de sífilis secundario, inicio manejo benzatina... se espera programación endarterectomía

10/Dic/05. 14+00. Cx Vascular

De acuerdo con valoración cardiológica se puede realizar procedimiento quirúrgico. Turno quirúrgico dependiendo de negatividad de pruebas de infección. J. MURCIA

Dic 10/05. 15+00. LCR Cultivo negativo a las 24 h. J. Murcia.

Dic/11/05. Cx Vascular. ID Oclusión carótida int. 75%. Pte con cuadro clínico estable no refiere sintomatología en el momento. Para la fecha no hay evidencia de positividad en cultivos por lo tanto se puede programar ya la endarterectomía carotídea. Se solicita turno Qx. J. Murcia.

...

Dic/12/05. Cx Vascular- Paciente se programa cirugía para mañana 11 AM

Pendiente valoración pre Qx por anestesia. Se explica tanto al paciente como a su hija el procedimiento y las posibles implicaciones. Se firma formato de consentimiento informado. J Murcia.

XII/12/05 Neurología. Paciente sin dolor, refiere náuseas—vómita ---- no dolor abdominal. Hemodinamia estable, afebril hidratado. Cx neurológico normal

Dic. 13/05 Nota operatoria

13:30 1 Dx preop. Obstrucción carótida izquierda +/- 75%

1Dx pop --- Procedimiento: Endarterectomía carótida izq. Cirujano: Dr. Jorge Murcia. Ayudante: Dr. C. Duque. Anestesia: General. Anestesiólogo: Dra. González. Complicaciones: No. Dr. Carlos Alberto Duque – Médico cirujano.

13/XII/05- 14:20. NOTA INGRESO UCI ½. Paciente de 72 años, quien ingresa en post operatorio inmediato endarterectomía carótida izquierda, quien durante el post operatorio presenta crisis hipertensiva, por lo cual es traído UCI ½. El paciente tiene antecedentes de ECV con --- de tipo --- múltiples.

HTA no controlada, con ECO stress negativo para ent. Coronaria manejado con enalapril 20 mg x 2...

... dificultad respiratoria, ---- desbalance toracoabdominal, mal manejo de secreciones, ---- Hematoma creciente cara lateral izquierda cuello – abdomen blando --- hemiplejía derecha --- Se observa con mal patrón respiratorio y taquicárdico...

IDX: 1) Insuficiencia respiratoria mixta

2) crisis hipertensiva

3) HTA no controlada

4) ----

5) Hematoma área QX

Dic. 13/05 16:00 Nota Operatoria

Dx Preop inmediata endarterectomia carótida común 120 – Hematoma cuello

Dx Pop: IDM Procedimiento: Revisión endarterectomia carótida común izq – Drenaje hematoma Cirujano: Dr. Jorge Murcia. Ayudante: Dr. C. Duque. Anestesia: General. Anestesiólogo: Dra MIG Complicaciones: No.

13/XII/05 UCI 16+45 (Val e ingreso). Ingres a Pte UCI en Pop inmediato de revisión quirúrgica de cuello por hematoma cervical se drena -- +- 50 cc de sangre y --- a presión.— Bajo efectos de anestesia gral; anestesiología y cirugía vascular informan que el paciente salió hemiparetico —derecho luego de la endarterectomia, historia de HTA, ---, obesidad, se observa hematoma leve. 1) Falla respiratoria aguda 2= A. 2) hematoma cervical drenando. 3) estenosis carotídea corregida quirúrgicamente (12--). 4) hematoma a estudio. 5) ECV isquémico izq ---

P/ UCI ventilación mecánica, informe a la familia - TAC mañana extubación programada

13/XII/05 se realiza extubación programada según ----

Dic. 14/05. 13:00. Fisioterapia. Realiza ejercicio en hemisferio derecho

14/XII/05 CIRUGIA VASCULAR. Pte con cuadro estable. En el momento con ventilación asistida, la herida quirúrgica no presenta sangrado – ni hay aumento del hematoma.

Está pendiente reporte definitivo de TAC, pero al parecer hay lesión isquémica en hemisferio izquierdo y signos clínicos de paraplejia derecha. Se inició ya fisioterapia. Se debe continuar manejo UCI Se explica a familia situación una vez revisado TAC . J. MURCIA.

16+40. TAC reporta extensa lesión isquémica en territorio de área cerebral media izquierda se explica a la familia la situación y riesgos

Dic. 15 / 05 CIRUGIA VASCULAR

Pte con cuadro clínico estable con evidencia tomográfica de ECV izquierdo y con hemiplejia derecha

Se retiro Dren el cual ya no producía prácticamente nada

Se explico a la familia la situación y se explicó como causa probable la embolización de la placa durante cirugía

17/XII/05 CX Vascular Pte con cuadro clínico estable, en el momento con hemiplejia derecha ya se ha observado cierto grado de movilidad en hemisferio

No ha sido posible el --- por broncoespasmo y crisis hipertensiva pero se continúa el proceso. Continúa manejo UCI. J. MURCIA

15+50 Se proceden a practicar extubación ---- ERICK TORRES. Med. Internista

17/12/05 12+00 CX VASCULAR. Pte con cuadro clínico estable. Persiste --- derecha, ya tolero extubación. Estable desde el punto de vista respiratorio, sigue presentando picos hipertensivos. J. MURCIA

19/XII/05 12+00 CX VASCULAR. Pte con cuadro clínico estable, en el momento sin dificultad respiratoria, y con su --- estable. Persiste hemiparesia der severa + Afasia. Pendiente traslado a UCI intermedia. J. MURCIA

20/12/05 Junta Médica – Dr. Nieto, Sr. Castro, --- Janethe, Cr. --- Dr. ---

Se informa situación actual del paciente con hemiplejia derecha, regular manejo de secreciones, continuar con ---- con sonda nasogástrica y terapia física.

23/Dic./05 CIRUGIA VASCULAR. Pte con cuadro clínico con tendencia a la memoria.

Hoy amaneció con mejor estado de consciencia y mejor respuesta.

23

Ayer se inició tolerancia de dieta por vía oral con respuesta satisfactoria (Al parecer no hay problema deglutorio).

Desde el punto de vista motor en hemicuerpo derecho y afasia no se observa mejoría importante. PLAN: Continuar tolerancia VO y terapia resp. Valoración por neuro. J. MURCIA

24/11/05. CX VASCULAR Pte con cuadro clínico estable. Hoy se valorara tolerancia oral sin --- para definir cuanto tiempo puede darse salida a manejo en casa. J. MURCIA

25/XII/05 CX VASCULAR El Pte ayer tolero vía oral y ya venía aumentando progresos en cantidad de ingesta. No hay signos de problema deglutorio. Resto de cuadro clínico sin cambios. PLAN: Mañana se solicitara PHD. J. MURCIA

27/XII/05. CX VASCULAR Pte con cuadro clínico sin cambios, buena tolerancia a --- sin evidencia de trastorno de deglución. --- a EPS terapia domiciliaria para poder dar salida. J. MURCIA

27/XII/05. CX VASCULAR Cuadro clínico estable, pendiente definir terapia domiciliaria por parte de EPS para definir salida. J. MURCIA

Dic./28/05. CX VASCULAR Paciente a quien se le aprobó THD. Cuadro clínico sin cambios. J. MURCIA (f. 49-87)

9.- HOJA DE CIRUGÍA. Diciembre 13 /2005. Diagnostico preoperatorio Obstrucción carótida izquierda. Diagnostico preoperatorio: IDM. Nombre de la cirugía: Endarterectomia carótida izquierda. Descripción de la operación: Previa asepsia y antisepsia del área operatoria se hace incisión en región externa del hemisferio izquierdo, se diseca por planos hasta localizar arteria carótida común izquierda, se diseca y reparar arteria carótida común, se diseca y se localiza bifurcación de arterias carótida interna y externa. Se encuentran arterias --- se reparar y se hace pulsamiento de estrés.

Se hace incisión longitudinal de carótida común y se encuentra gran placa astero---- la cual se reseca.

Se hace lavado con solución heparinizada, se hace cierre de carótida en un solo plano. Se hace hemostesia, Se hace cierre por planos hasta 'piel'. Complicaciones: No. (f. 88)

10.- HOJA DE CIRUGÍA. Dic. 13/05. Diagnostico preoperatorio: POP inmediato endarterectomia carótida común izquierda (Z988) Obstrucción carótida izquierda. Diagnostico preoperatorio: IDM. Nombre de la cirugía: Revisión Endarterectomia carótida común izquierda. Descripción de la operación: Previa asepsia y antisepsia del área operatoria se realiza retiro de la sutura de herida de hemicuello izquierdo, se retira sutura de TCS y se drena gran hematoma a presión, se drena hematoma en su totalidad y se revisa sitio de --- de arteria carótida, la cual se encuentra integra, sin sangrado activo.

Se evidencian mínimos vasos en pared muscular con mínimo sangrado, a los cuales se les hace hemostesia (se ligan - cauterizan). Se hace hemostesia exhaustiva.

Se coloca dren pequeño y se ---- lateral izquierdo del cuello. Se cierra por planos hasta piel, se deja vendaje compresivo (apósito – sidomull).

Complicaciones: No. (f. 90)

11.- Reporte de TAC de cráneo simple de Benito Espinel García. Donde se concluye "Extensa lesión isquémica en territorio de la cerebral media izquierda" (f. 92)

12.- Ordenes médicas para practica de cirugía endarterectomia y terapias domiciliarias (f. 93-94)

13.- Facturas varias de servicios de transporte, insumos médicos, pago de terapias, copagos, pago a enfermeras (f. 98-173)

14.- Historia clínica del centro Médico Bioanálisis IPS (Arauca) – Clinicentro sanitas

Abril 20/12 paciente visitado en pre hogar para control de hipertensión arterial y secuelas de ECV. Consume medicamentos control

hipert. Arterial. Familiar refiere ausencia de síntomas o signos de enfermedad. PSA elevado (f. 175-217).

15.- Reporte de exámenes clínicos y médicos practicados al señor Benito Espinel García (f. 218-236 c. 1 pruebas)

16.- Oficio GOMN 500-09 del 8 de enero de 2009 de la EPS SANITAS en donde informa todos los servicios prestados al señor BENITO ESPINEL GARCÍA durante el lapso de tiempo comprendido entre el 1 de diciembre de 2005 y el 22 de octubre de 2008. (f. 111- 124 c. 1)

Contrato de prestación de servicios No. SBMD-26-07-01-0075 celebrado entre la EPS SANITAS S.A. y la Congregación de Dominicas Santa Catalina de Sena - CLÍNICA NUEVA (f. 125 – 130 c. 1)

17.- Oficio del 3 de septiembre de 2009, en e cual SANITAS EPS informe las autorizaciones generadas al señor BENITO ESPINEL GARCÍA, en el periodo comprendido entre el 9 de marzo de 2006 y el 3 de septiembre de 2009 (f. 132 a 134 c. 1)

18.- Oficio GOMN-862-09 del 3 de septiembre de 2009, en el cual EPS SANITAS verifica la utilización de servicios prestados al señor Benito Espinel García (f. 135 – 136 c. 1)

19.- Oficio CAR-0412-2009 del 3 de septiembre de 2009, dirigido al señor Benito Espinel García en el cual EPS SANITAS certifica los pagos efectuados por concepto de aportes en salud y/o pagos por UPC adicionales a la EPS (f. 137 – 141 c. 1)

24
/

20.- Certificación de la agencia de viajes Super Destino del 4 de septiembre de 2009, referida a la venta del Tiquete No. 011-4400315608 en la ruta AUC/BOG, 0114400356781 en la ruta BOG/AUG, 0114400740412 en la ruta AUC/BOG, 0114400930683 en la ruta BOG/AUG a nombre de Benito Espinel los cuales fueron facturados a la Empresa SANITAS EPS (f. 142 -146 c. 1)

21.- Certificado de Existencia y representación de EPS SANITAS S.A. (f. 148-153)

22.- Copia de la historia clínica del paciente Benito Espinel García (f. 216 a 326 c. 1), que contiene:

Lo indicado en el numerales 8 a 10 de éste acápite (f.217 – 237 c. 1)

Formato valoración anestésica - Hoja de cirugía - medicamentos suministrados - formulas médicas formato control de medicinas - reportes de exámenes médicos – control de signos vitales - reporte del Ecocardiograma Stress Dobutamina: CONCLUSIONES: 1. Ecocardiograma stress con dobutaina maximal negativo para isquémica miocárdica. 2. Respuesta presora hipertensiva. 3. Asintomático durante el estudio. – Formatos información de la enfermería – Hojas de registro Unidad de Cuidados Intensivos

Hoja de triage del 7 de diciembre de 2005, hora 12:30, “trae orden del Dr. Gudíño para hospitalizar por cuadro vertiginoso. Ingresa caminando, acompañado, orientado... (f. 313 vto)

Permiso para intervención quirúrgica o procedimiento especial para paciente adulto, donde se autoriza al doctor Jorge Murcia Sarmiento para realizar Endarterectomia Carotidea, firmada por el paciente Benito Espinel y Ana Espinel el 12 de diciembre de 2005 (f. 314 vto)

Consentimiento para procedimiento anestésico firmado por el paciente Benito Espinel y Nancy Espinel Ortega el 12 de diciembre de 2005 (f. 315)

23.- Póliza No. 1005232 del 14 de octubre de 2005, Compañía de Seguros La Previsora S.A., tomada por la Congregación de Dominicas de Santa Catalina de Sena (f. 330 c. 2)

24.- Certificación expedida por a Universidad El Bosque que el doctor Jorge Álvaro Murcia Sarmiento, obtuvo el título de especialista en “Cirugía vascular u angiología” el 23 de febrero de 2006. (f. 499 c. 2)

25.- Diploma de la Facultad de Medicina Universidad Nacional en donde confiere (f. 502 c. 2) el título de Especialista em cirugía general a Jorge Álvaro Murcia Sarmiento

26.- Artículo médico de “Morbimortalidad e la endarterectomia carotidea (f. 503 – 522 c. 2)

27.- Copia sentencia de tutela proferida por el Juzgado Dieciocho Civil Municipal el 27 de septiembre de 2006, ordenando a SANITAS EPS la entrega de medicamentos al paciente Benito Espinel. (f. 558 – 565 c. 3)

28.- Derechos de petición a SANITAS EPS suscritos por Ana Francly Espinel Ortega y María Concepción Ortega de Espinel (f. 566-570 c. 3)

29.- Gammagrafía ósea corporal de Benito Espinel donde se reporta “1. No hay lesiones óseas metastásicas gama gráficamente evidentes. 2. Cambios osteoartíticos que comprometen los sitios descritos. (f. 568-569 c. 3)

30.- Álbum fotográfico (f. 570 – 587)

31.- Certificación de Javier Hernando Camejo, contador público, en donde indica que el señor Benito Espinel García percibía un ingreso mensual de novecientos mil pesos, derivado de su actividad económica de elaboración, preparación y distribución de arepas santandereanas. (f. 589 c. 3)

32.- Copia historia clínica de Benito Espinel García, Clínica Universitaria Teletón (f. 595 – 734 c. 3), la cual inicia con consulta del día 5 de abril de 2006.

El 6 de abril de 2006 en consulta de Psicopedagogía se consigna:

DX: Secuelas evento cerebro vascular isquémico

Durante la valoración se observa: Un paciente alerta, que realiza contacto visual sin evidencia de respuestas verbales ni por señalamiento.

Se explora manejo de conceptos simples con respuestas incorrectas, hemi negligencia derecha y patrones motores ausentes.

Paciente quien presenta alexia al no evidenciarse decodificación de palabras de alta frecuencia ni intentar realizar trazos grafemáticos a pesar de ser motivado y apoyarlo manualmente, se observa calculia alexica y aráfica, el acompañante refiere dominancia derecha antes del ECV

Paciente con alteración severa en los procesos mentales superiores y funciones ejecutivas.

DX: Paciente que presenta alteración severa del perfil cognoscitivo general caracterizado por alexia, agrafia y acalculia con déficit en la comprensión y el seguimiento instruccional.

El mismo día en la valoración por Siquiatría se establece: “Paciente con secuelas de ACV y alteraciones emocionales y comportamentales consecuentes, con predominio de apatía, irritabilidad y agresividad actualmente.

IDX: Trastorno cognoscitivo – comportamental depresivo 2°.

En valoración de equipo evaluador compuesto por Fisiatría, neurología, anestesiología, Enfermería, terapia física, terapia ocupacional, fonoaudiología,

25

sicopedagogía, neuropsicología y psicología, se señaló. "Paciente de 72 años, quien presenta evento cerebro vascular en territorio de arteria cerebral media izquierda (4 meses de evolución), trastorno cognoscitivo y comportamental – Depresión secundaria a condición médica general, trastorno deglutorio, hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, alteración de la función de nutrición relacionado con inadecuado consumo de nutrientes, alteración de la función de la actividad y descaso relacionado con dolor muscular en miembro superior derecho, dificultad en la marcha. Alteración de la función de eliminación urinaria relacionado con disuria orina oscura, turbia e incontinencia de esfuerzo y supeditado a: estructuración de secuelas neurológicas, control factores de riesgo, manejo de compromiso comportamental y adherencia al tratamiento, prevención de complicaciones, orientación y educación a cuidadores. Paciente semi independiente para cambios de posición hasta sedente, con mejoría de condiciones articulares de hemicuerpo derecho, prevención de complicaciones y educación en plan casero de ejercicios.

En epicrisis se indica fecha egreso: diciembre 6 de 2006... Termina tratamiento con logros cumplidos por todas las áreas.

33.- Acta de conciliación de celebrada ante el Centro de Conciliación – FENALCO (f. 984 – 1003 c. 5)

34.- Certificación de PREVISORA SEGUROS donde certifica que la Congregación de Dominicas de Santa Catalina de Sena – Clínica Nueva tiene contratada la póliza de responsabilidad profesional No. 1005232 con vigencia del 17 de octubre de 2011 al 17 de octubre de 2012 (f. 1075 a 1077 cd. 5)

35.- Registro civil de nacimiento de Irmis Yolanda Espinel Ortega (f. 1291 c. 5)

36.- Oficio REVQVCO-SC—13-4035 del 15 de julio de 2013, el cual informa los periodos de cotización, fechas de pago, números de planilla, IBC reportado, valor de cotización y empleadores de la afiliación de Ana Francys Espinel Ortega (f. 1308-1313 c. 5)

37.- Oficio VO-GRC-DC-38773-13 del 22 de julio de 2013, en el cual la NUEVA EPS informa conforme a la base de datos los señores Nancy Elizabeth Espinel Ortega, Betty Espinel Ortega y Norberto Espinel Ortega, se encuentran como cotizantes (f. 1344 c. 5)

38.- Oficio 2013030129131-2 del 27 de diciembre de 2013, donde la Secretaria General y Desarrollo Institucional informa que al señor Benito Espinel García le fue reconocida pensión de acuerdo a la Resolución No. 1177 del 23 de septiembre de 1991 (f. 1372 c. 5)

39.- Copia historia clínica Benito Espinel García, Clínica Colsanitas S.A. quien ingreso al programa de hospitalización domiciliaria, con fecha ingreso 31 de marzo de 2012 y egreso 16 de abril del mismo año.

Motivo de consulta: Paciente con secuelas de ACV con tos de 15 días de evolución + disnea, movilización de secreciones, solicitan PHD para seguimiento.

Diagnóstico de ingreso: 1) Secuelas de ACV, 2) Diabetes mellitus Tipo II, 3) HTA y Neumonía (f. 1484 a 1503 c. 5.1)

40.- Oficio No. 022000 del 30 de diciembre de 2014, de la secretaria de Salud de la Alcaldía de Bogotá, en donde indica respecto a sanciones a la Clínica Nueva por violación del Decreto 2309 de 2002, art. 6 numeral 1 y 3, la Ley 100 de 1993, arts. 153, numerales 9 y 185, que "se evidenció que hay cuatro investigaciones administrativas en las cuales se sancionó a la institución de salud mencionada teniendo en cuenta algunas de las normas por la cuales se indaga., aporta los siguientes documentos:

- 1) Resolución No. 1282 del 8 de octubre de 2012, por la cual se decide la investigación administrativa No. 281 de 2012, adelantada contra la Clínica Nueva, en la cual se resuelve sancionar a la entidad hospitalaria
- 2) Resolución No. 0816 del 29 de junio de 2012, por la cual se decide la investigación administrativa No. 839/11, adelantada contra la Clínica Nueva, en la cual se resuelve sancionar a la entidad hospitalaria
- 3) Resolución No. 168 del 25 de febrero de 2010, por la cual se decide la investigación administrativa No. 588 de 2008, adelantada contra la Clínica Nueva, en la cual se resuelve sancionar a la entidad hospitalaria
- 4) Resolución No. 406 del 5 de abril de 2010, por la cual se decide la investigación administrativa No. 220 de 2008, adelantada contra la Clínica Nueva, en la cual se resuelve sancionar a la entidad hospitalaria. (f. 1549 – 1597 c. 5.1)

41.- Oficio No. 022100 del 26 de enero de 2015, de la Secretaria de Salud de la Alcaldía de Bogotá, en donde indica respecto a sanciones a la Clínica Nueva por violación del Decreto 2309 de 2002, art. 6 numeral 1 y 3, la Ley 100 de 1993, arts. 153, numerales 9 y 185, se encontraron las siguientes resoluciones:

- 1) Resolución No. 1226 del 10 de diciembre de 2007, por la cual se decide la investigación administrativa No. 1147-06, adelantada contra la Clínica Nueva, en la cual se resuelve sancionar a la entidad hospitalaria
- 2) Resolución No. 032 del 5 de marzo de 2008, por la cual se resuelve el recurso de reposición y se concede apelación contra la Resolución 1226 de 2007

26

3) Resolución No. 546 del 6 de junio de 2008, por la cual se resuelve el recurso de apelación dentro de la investigación administrativa No. 1147-06

4) Resolución No. 733 del 16 de septiembre de 2008, por la cual se decide la investigación administrativa No. 1039/06, adelantada contra la Clínica Nueva, en la cual se resuelve sancionar a la entidad hospitalaria. (f. 1630– 1666 c. 5.1)

42.- Oficio del 31 de agosto de 2015, de la Clínica Nueva en el cual aporta relación de los profesionales de la salud que atendieron al paciente Benito Espinel aclarando si se encontraban vinculados para dicha fecha, se aportó copia del acta de la junta médica del 20 de diciembre de 2005, se informa que en la institución no existe comité de historias clínicas, se informa que para la época de los hechos las historias clínicas se llevaban en forma manual, y se informa los profesionales que atendieron al paciente en los dos procedimientos, así:

1.- Procedimiento 13 de diciembre de 2005, 11:00 horas i) cirujano Jorge Murcia – cirujano vascular, ii) ayudante quirúrgico Dr. Carlos Duque – Médico general, iii) anestesiólogo – Dra. María Isabel González y iv) instrumentadora quirúrgica Carolina Arias.

2.- Procedimiento 13 de diciembre de 2005, 15:00 horas i) cirujano Jorge Murcia – cirujano vascular, ii) ayudante quirúrgico Dr. Carlos Duque – Médico general, iii) antestesiologo – Dra. Maria Isabel González y iv) instrumentadora quirúrgica Celeste Moncada (f. 1720 – 1726 c. 5.1) .

43.- Dictamen pericial presentado por la Asociación Colombiana de Angiología y Cirugía Vascular en donde se indica:

"1. Describa la dolencia que presentaba BENITO Espinel para el día 7 de diciembre de 2005. "... paciente que ingresa con cuadro clínico de vértigo crónico con múltiples episodios de accidentes cerebro vasculares transitorios que no ha respondido al manejo de antiagregantes plaquetarios y que además en resonancia nuclear magnética muestra imágenes de múltiples macroinfartos cerebrales subcorticales; además hay una neuralgia crónica e incapacitante del nervio trigémino que es independiente del problema vertiginoso".

2. Indique que antecedentes relevantes presentaba Benito Espinel para el 7 de Diciembre de 2005. "... como antecedentes patológicos relevantes los siguientes: diabetes mellitus tipo dos...; hipertensión arterial...; dislipidemia...; neuralgia del trigémino e tratamiento...; episodios múltiples cerebro vasculares isquémicos transitorios culares...; neurosífilis, además se informa resección transuretral de próstata 10 años antes.

Lo anterior implica que estamos ante un paciente con múltiples patologías en tratamiento, en principio la mayoría de ellas controladas, que aunque son independientes si aumentan el riesgo puesto que el organismo es único y su integralidad exige tomarlo como un todo.

3. Indique si Benito Espinel presentaba una obstrucción del 75% de la arteria carótida izquierda? "En todas las notas iniciales tanto de ingreso como de valoraciones por las diferentes especialidades se encuentra la anotación de obstrucción de la arteria carótida interna izquierda del 75% con fundamento en doppler carotídeo previo... Para reafirmar lo anterior en el informe del acto

quirúrgico realizado que obra a folio 29 de la historia clínica el cirujano anota como diagnóstico preoperatorio "Obstrucción carótida izquierda (75%) (1652)..."

4. Indique si era adecuado realizar en Benito Espinel una endarterectomía de la arteria carótida izquierda? "... es cierto que había comorbilidades asociadas como la diabetes y la hipertensión pero éstas estaban controladas de acuerdo con los informes consignados en la historia clínica; se pensó además en patología cardíaca en valoración por la especialidad y por tal motivo se realizó electrocardiograma, luego del respectivo estudio la cardióloga tratante conceptúa que el paciente es de bajo riesgo isquémico y por tal razón da el visto bueno para el procedimiento..."

Hecha la consideración inicial del estado clínico del paciente Benito Espinel, de la estabilización clínica y sus comorbilidades, de la valoración cardíaca que delimitó el riesgo, la obstrucción de la carótida interna izquierda del 75%, de su esperanza de vida mayor a 5 años de acuerdo su estado y al control de las patologías asociadas y confrontándola con la evidencia científica hasta aquí reseñada no queda más que concluir que si era adecuado someter al paciente a la endarterectomía de la arteria carótida izquierda, obviamente con previa advertencia de los riesgos inherentes al procedimiento dentro del ámbito de incertidumbre propio del ejercicio médico."

5. Indique qué resultado arroja la muestra que se envió a patología del material graso que se encontraba dentro de la arteria carótida izquierda de Benito Espinel? **ABSTRUCCOÓN (sic) CAROTIDA, ENDARTERECTOMÍA – PLACA ATEROMATOSA CALCIFICADA.**

6. Uno de los riesgos al realizar una endarterectomía es el denominado accidente cerebrovascular? "... la respuesta a este interrogante es positiva puesto que el accidente cerebro vascular o ictus incapacitante o no es la principal causa de complicación de este procedimiento, con porcentajes aceptables hasta de un 6.5% en pacientes sintomáticos, según la evidencia científica, a pesar de toda la preparación perioperatoria que se realice y de la capacidad técnica del equipo quirúrgico; lo que es impredecible es la identificación del paciente que se complicara previo al procedimiento quirúrgico porque por la incertidumbre propia del ejercicio médico tal identificación individual es imposible.

7. Indique si a Benito Espinel se le informó de los riesgos que corría al practicársele la endarterectomía y si dentro de ellos se encontraba el denominado accidente cardiovascular? "Anotado lo anterior es necesario afirmar que con los documentos que están en la historia clínica enviada por la Clínica Nueva si aparece la constancia de que el paciente fue informado de los riesgos inherentes al procedimiento quirúrgico dentro del ámbito de riesgo terapéutico y aunque no consta específicamente que se haya hablado del accidente cardiovascular tampoco es posible afirmar rotundamente que no se hubiera hecho puesto que es otro de los riesgos inherentes específicos en un paciente con enfermedad arterioesclerótica sistémica."

8. Indique si el hematoma presentado por Benito Espinel en el postoperatorio inmediato y realizado el 13 de diciembre de 2005, fue la causa del accidente cerebrovascular.

"... Algunos estudios no informan esta complicación pero en buena parte de los revisados es una constante, que en un porcentaje tolerable por las series informadas y aunque es una complicación que en muy pocos casos pone en riesgo la vida su mecanismo de daño básicamente esta dado por el compromiso de la vía respiratoria por la compresión que hace sobre los tejidos vecinos, pero lo que sí es claro en todos los estudios es que ninguno lo considera causante de accidente cerebro vascular puesto que éste siempre se ha considerado como causado por embolización de fragmentos pequeños de la placa por émbolos que parten de esta por su ulceración en unos casos y en otros por la capacidad inflamatoria en la misma; es decir, similar causa que producen las microembolizaciones causantes de los AIT bien sea por pequeños fragmentos o por trombos que se generan por la capacidad inflamatoria de la capa.

27

En tal sentido atribuir al hematoma el accidente cerebrovascular perioperatorio no tiene evidencia científica que lo sustente cuando hay evidencia de causas de otra naturaleza y por tal razón es posible afirmar en el caso concreto que el hematoma no fue la causa de tal complicación.

9. Indique si es común la aparición de hematomas después de haber practicado una endarterectomía. *"Diferente es decir que es una complicación posible dentro del riesgo terapéutico y tiene que ver con el uso obligatorio de antiagregantes plaquetarios así como de heparina y otros factores asociados a la comorbilidad como es el caso de la hipertensión arterial que bien puede presentarse en el paciente por el mismo acto quirúrgico o por los anestésicos de obligatorio uso dentro del procedimiento.*

10. Indique si se presentó alguna complicación durante la endarterectomía realizada a Benito espinel o durante la cirugía practicada durante el post operatorio inmediato el 13 de diciembre de 2005. *"Con fundamento en lo anotado en la historia clínica se puede afirmar que si se presentaron complicaciones especialmente en el primer procedimiento quirúrgico, esto es la endarterectomía: un ACV izquierdo manifestado en hemiparesia de hemicuerpo derecho y una complicación local por un hematoma de la herida quirúrgica que requirió una segunda intervención para su drenaje, último procedimiento de cual no se informa ninguna complicación inmediata ni posterior."*

11. Indique si Benito espinel para diciembre de 2005, presentó (muerte cerebral) o pérdida del cerebro en un 75%. *"Así que la única conclusión posible para dar respuesta a la pregunta, es que nunca hubo muerte cerebral, si hubo daño cerebral por el ACV que se presentó pero no es posible determinar un porcentaje que en todo caso nunca llego al 75% y definitivamente fue menor al 50%."*

12 Indique si el manejo de la endarterectomía realizada en la Clínica Nueva fue adecuado, y si el manejo posterior fue adecuado. *"Vistas así las cosas es posible afirmar que tanto la conducta inicial tomada, como el manejo de la complicación han estado orientados a buscar la mejor solución para el paciente dentro de las condiciones posibles que el sistema de salud ofrece; es decir, que han estado orientadas a la búsqueda del fin principal que es el bien del paciente, infortunadamente una complicación importante trunco los buenos propósitos y obligó a ampliar el campo de acción, y a no evitar el ACV que de hecho se presentó sino a superar las secuelas negativas de éste. Entendido así se puede afirmar que fue adecuada.*

44.- Respuesta a las aclaraciones solicitadas por la apoderada de la parte actora al dictamen pericial:

"... ha señalado en el dictamen que se trata de un paciente con múltiples patologías, que aunque son independientes aumentan el riesgo. Sírvase precisar en forma detallada cuales son esos riesgos, en que consisten, sus consecuencias y secuelas.

Como ya se anotó hay cuatro patologías anteriores a la actual informadas en la historia clínica, a saber: Hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, neurosífilis y obesidad; a esto se adiciona una nueva por la que consulta y es la obstrucción sintomática de la arteria carótida izquierda por arterioesclerosis; es necesario aclarar que la arterioesclerosis, como ya se hizo en el dictamen, es una enfermedad sistémica que afecta en menor o mayor grado todo el componente arterial del sistema circulatorio; si hay cinco patologías demostradas que afectan el organismo pues es necesario afirmar que hay múltiples patologías, que aunque independientes en su origen actúan interdependientes y que afectan el organismos del paciente con compromiso de diferentes sistemas orgánicos que al ser el organismo vivo un todo y no una suma de pedazos, su sumatoria, por lógica elemental, implica un incremento del riesgo para la vida del paciente.

(...)

Aclarar de donde (sic) infiere el perito en su dictamen que el daño cerebral ACV presentado en el paciente fue menor al 50%, cual fue la fuente para llegar a esta conclusión.

Respetuosamente me permito afirmar que la fuente no es otra que la lógica elemental; si el cerebro tiene dos hemisferio y cada uno de ellos equivale al 50% del mismo, si uno de ellos no fue afectado puesto que se afirma que el daño fue en el área de la arteria cerebral media izquierda, que tampoco irriga todo un hemisferio y se afirma que extenso pero no total, es obligatorio afirmar que un 50% del cerebro no fue afectado y del otro 50% si el daño no fue total obligatoriamente tiene que ser menor de un 59%, lo que no es posible afirmar es el tamaño de la afectación por que quien hizo el estudio del TAC no lo cálculo pero sí se ira el progresa (sic) en su rehabilitación que informa la historia de la Clínica Universitaria Teletón, hay que concluir que aunque el daño fue importante no afectó en su totalidad el hemisferio cerebral lesionado.”.

Indique el nombre del cirujano que encabezó el equipo médico y de donde se deduce que se encuentra capacitado.

Según la historia clínica, ampliamente citada, se trata del doctor Jorge Murcia; es de público conocimiento que se graduó como especialista en cirugía general hasta donde estoy informado en la década del 80 del siglo pasado en la Universidad nacional cuando su centro de formación era el Hospital San Juan de Dios de tan grata recordación; también es de público conocimiento que su centro de trabajo fundamentalmente es la clínica Navarra en la ciudad de Bogotá, institución que desde su comienzo ha tenido el servicio de cirugía vascular con un buen nivel de pacientes, además, hasta tengo información el Doctor Murcia es miembro de la Asociación Colombiana de Angiología y Cirugía Vascular y para su membresía la asociación exige como requisito tener el título de cirujano vascular; no sobra recordar que la cirugía vascular en Colombia es reciente aparición,...”.

Precise cuales fueron los recursos necesarios que indica en su dictamen, que utilizó o manejó la Clínica Nueva, antes de la cirugía, en la Cirugía y en el post quirúrgico. Así mismo precise la fuente de su sustentación o afirmación.

Es de público conocimiento que la Clínica Nueva es una institución de las conocidas en nuestro Sistema Nacional de Salud como IPS de III nivel, calificación reservada por la normatividad para instituciones prestadoras de servicios de salud de alta complejidad y para poder funcionar como tal debe tener sus servicios debidamente habilitados, esto es, que de acuerdo con la normatividad vigente en el Sistema Obligatorio de la Calidad en Salud debe haber recibido autorización para restar servicios de salud básicos o especializados por que cumple los parámetros establecidos en la normatividad para garantizar la seguridad del paciente en su manejo...”. (f. 1815 – 1846 c. 5.1.)

45.- Registro civil de nacimiento de Ana Francly Espinel Ortega (. 1880 c. 6)

47.- Historia clínica del paciente BENITO ESPINEL, de la Fundación Cardio Infantil (cuaderno 7), que contiene las siguientes piezas:

a) Registro médico de egreso

Dx Ingreso: INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS NOSOCOMIAL
EXTRAINSTITUCIONAL. INSUFICIENCIA RENAL AGUDA. DIABETES
MELLITUS TIPO 2. HIPERTENSION ARTERIAL. SECUELAS ENFERMEDAD
CEREBRO VASCULAR ISQUÉMICO. POSTOPERATORIO DE
ENDARTERECTOMIA CAROTIDEA. ANEMIA NORMOCITICA
NORMOCROMICA. DESEQUILIBRIO HIDROELECTROLITICO. DEPRESIÓN
POSTQUIRÚRGICA.

DX Egreso: INFECCION URINARIA TRATADA, DIABETES MELLITUS TIPO 2. SECUELAS DE ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR ISQUEMICA. FALLA RENAL CORREGIDA. DIARREA CRONICA INTOLERANCIA LA LACTOSA HTA.

Paciente de 72 años de edad... manifiesta la familia que en las últimas 48 horas post hospitalarias, el paciente empieza a presentar deterioro de su estado clínico, con somnolencia, inapetencia deposiciones diarreicas múltiples no bien definidas, es valorado por el médico del PHD de su EPS quien lo encuentra deshidratado e hipotenso, deshidratado en malas condiciones generales. Se hace un cuadro hemático que muestra una leucocitosis importante de 23.940 con Bun: 180 y creatinina: 6.6. elevados relación prerenal gases arteriales con acidosis metabólica, se considera un proceso séptico, sin síntoma de respuesta inflamatoria sistémica, se pasa un catéter central, e inicia hidratación exhaustiva e inotropia y se traslada a la Unidad de Cuidado intensivo, durante tres días permanece allí. Se documenta un parcial de orina sugestible con una infección de vías urinarias, no se documenta otro foco... presenta episodios diarreicos nuevamente que se interpretan como disbacteriosis por uso de antibióticos, se inicia floratil con mejoría parcial de la diarrea se habla con la familia quienes refieren episodios crónicos de diarrea sobre todo asociada a lácteos, ... es valorado por gastroenterología quienes realizan coprológico seriado normal, se insiste en dieta libre de lácteos. (f. 1 c. 7)

b) Resumen de la Unidad de cuidados intensivos

paciente con cuadro clínico de 48 horas de evolución de astenia, adinamia, intolerancia a la vía oral, deposiciones diarreicas abundantes, fétidas sin moco, o sangre...

EXAMEN FISICO: Regulares condiciones generales ...

Llega un paciente con cuadro de sepsis severa con sospecha de infección urinaria Vs intestinal enteroinvasiva con severa deshidratación con repercusión en su condición general, con deterioro de la función renal por lo cual recibió aporte de líquidos endovenosos , no mejorando presiones por lo que es sometido a manejo con inotrópicos , dopamina.

Durante la evolución paciente con mejoría de parámetros hemodinámicos, actualmente ya en destete de dopamina. (f. 3 c. 7)

c) DEPARTAMENTO DE URGENCIAS: Examen físico: Paciente e regular estado general, alerta, no dificultad respiratoria, glassow14/15, deshidratado grado 2, llenado capilar menor a 2, ritmo cardiaco regular, afebril. Aspecto general:

"REGULARES CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA." (f. 8 c. 7)

d) RESPUESTA INTERCONSULTA INFECTOLOGÍA

Paciente 72 años con antecedente de endarterectomía carotídea izquierda que dejo como secuela hemiparesia derecha. Ingresa deshidratado, asociado a deposiciones diarreicas fétidas cursando con insuficiencia renal crónica en el momento agudizada con antecedentes de importancia HTA y DM...

Tiene paraclínicos que demuestra leucocituria sin bacte—y leucocitosis, desviación a la izquierda y trombocitosis . Posterior a hidratación ha disminuido notablemente la leucocitosis. Actualmente en antibioterapia con pitazo para cubrimiento foco urinario, que corresponde a foco urinario, que corresponde a foco nosocomial extra institucional por antecedente. (f. 13 c. 7).

48.- Historia clínica del señor Benito Espinel de la institución hospitalaria Clínica Nueva (Cuaderno 8)

49.- Historia clínica del señor Benito Espinel de la institución hospitalaria Clínica Universidad de la Sabana (Cuadernos 9 y 10)

b. TESTIMONIALES:

Se recibieron los testimonios de:

1.- ALVARO MARIO HERNAN GUDIÑO BUSTAMANTE, médico Neurólogo, quien sobre los hechos señaló "se trata de un paciente adulto mayor de 72 años de edad, quien padecía una enfermedad sub aguda crónica (sic) con síntomas vertiginosos inestabilidad, en la que se le inició el estudio diagnóstico de su sintomatología expresada por el paciente encontrándose efectivamente paciente con inestabilidad postural se le documentó dentro del estudio diagnóstico una sífilis siendo esto una enfermedad infecciosa recibió tratamiento adecuado, además se le documentó una enfermedad oclusiva carotídea clínicamente significativa según los estándares internacionales con indicación de cirugía por tal razón fue interconsultado y luego tratado por un cirujano vascular el que tenía un adecuado entrenamiento que tenía para realizar este tipo de intervenciones la que se efectuó, cabe aclarar que todo acto médico conlleva riesgos inherentes al mismo y a las condiciones propias del paciente.". Indagado sobre la intervención médica realizada al paciente señaló "es la remoción de un material que está produciendo oclusión hacia el interior del vaso sanguíneo arterial permitiendo de esta manera que el flujo arterial recupere sus características normales reduciendo de una manera eficaz el riesgo de una obstrucción completa del vaso sanguíneo y por consiguiente los fenómenos isquémicos que conllevan la ausencia de irrigación en un territorio previamente conocido en este caso el parénquima (masa) cerebral. Preguntado sobre las condiciones previas del paciente contestó "la edad por sí sola es un factor de riesgo, hipertensión arterial, diabetes mellitus y sífilis, obesidad, enfermedad arterial oclusiva, neuralgia del trigémino, enfermedad cerebro vascular, multi infarto previo demostrado en la resonancia magnética.".

Respecto a los riesgos de la cirugía manifestó: "Existen riesgos inherentes a sus comorbilidades previas (enfermedades preexistentes de don Benito) como son la hipertensión, diabetes, posibilidad de complicaciones de estas mismas enfermedades a corto, mediano y largo plazo como son infartos, infecciones, pérdida o disminución de su funcionalidad e independencia inherentes al procedimiento quirúrgico como tal como son: la hemorragia, infecciones, complicaciones neurológicas en particular isquemias o infartos cerebrales sobre el territorio vascular del vaso sanguíneo intervenido puede considerarse que la arteria que presentaba enfermedad en don Benito (oclusión) se considera una arteria cerebral mayor supliendo la irrigación del 40-50% de la masa encefálica y además no se puede excluir la posibilidad de fallecer.

Señaló que conoció al paciente al haberlo atendido en su calidad de neurólogo, durante su estancia en la Clínica Nueva en el proceso post quirúrgico en la prevención, promoción y tratamiento en la complicación presentada por don

29

Benito que fue el infarto cerebral y seguimiento de sus complicaciones cardio cerebro vasculares inherentes a la enfermedad y demás comorbilidades del paciente.

Preguntado sobre el tratamiento previo al ingreso a cirugía del paciente, contestó: "Se hizo un estudio amplio prequirúrgico del paciente en cuanto a sus factores predisponentes y de importancia clínica mayor como son el estado funcional cardiovascular siendo valorada por cardióloga internista, practicándole estudio para determinar el riesgo coronario y cardiovascular los que fueron eco cardiograma, ecocardiograma estrés con dobutamina se analiza el riesgo cardiovascular considerando que don BENITO estaba dentro del grupo de alto riesgo de enfermedad coronaria por tener enfermedad vascular periférica (enfermedad carotídea sintomática, hipertensión arterial, diabetes y edad se agrega manejo médico previo a la intervención quirúrgica manteniendo las condiciones sistémicas estables y en condiciones para ser intervenido quirúrgicamente teniendo en cuenta que estos riesgos se pueden controlar mas no se pueden eliminar esta aproximación diagnostica e intervención, se realizó desde su ingreso hasta el día exacto de la intervención quirúrgica el postoperatorio inmediato, además se realizaron los protocolos internacionalmente exigidos para todo tipo de intervención en particular para los pacientes de todas las comorbilidades de Don Benito un valoración por cardiología, internista y cumplimiento de las normas estandarizadas por el grupo de anestesiología, se realizó todos los estudios estándar para esta enfermedad y más aún se hizo énfasis en la pare cardiovascular la que estadísticamente tiende a complicarse, además el doctor cirujano realizó una valoración prequirúrgica analizando todas las condicionantes presentadas por el paciente e hizo una información hacia familiares del mismo.

Indagado que tratamiento se realizaron para controlar la hipertensión y diabetes mellitus del paciente, indico: "Se realizó formulación diaria secuencial y coherente de antihipertensivos como figura en las ordenes médicas que a diario se realizó, mostrando que las condiciones medibles de la hipertensión y la diabetes permanecieron dentro de los rangos considerados clínicamente satisfactorios, esta información la obtengo de la valoración de la historia clínica ..." más adelante indica, "...Quiero señalar que la hipertensión y diabetes son las principales causas en el mundo de enfermedades cardiovascular y cerebro vascular.". Preguntado por que causó el accidente cerebro vascular, contesto "A la sumatoria de comorbilidades como son la presencia de enfermedad cerebro vascular previa silente observada en resonancia el daño vascular crónico progresivo dado por la hipertensión, la diabetes, la dislipidemia y la edad que originaron que la luz del vaso carótida se halla (sic) obstruido alrededor del 75% y

la consecuente desprendimiento de una placa aterosclerótica de esta obstrucción un riesgo estadísticamente previsible.". (f. 1379 a 1382 c. 5)

2.- TESTIMONIO CARLOS ALBERTO DUQUE DELGADO, médico quien señaló que intervino en el procedimiento quirúrgico del señor Benito Espinel como ayudante quirúrgico. que para el año 2005, el paciente Benito Espinel presentaba cuadros isquémicos transitorios y vertiginosos secundarios a una obstrucción del 75% de la arteria carótida izquierda; respecto a los antecedentes médicos del paciente refirió "este era un paciente de alto riesgo por presentar por presentar múltiples enfermedades como diabetes, hipertensión arterial, colesterol alto y sífilis", que al mismo se le sugirió la práctica de una endarterectomía de carótida izquierda, que consiste en abrir la arteria para extraer las placas de ateroma (Colesterol que se acumula y obstruye las arterias) . Frente a las complicaciones del procedimiento contesto: "En el momento del acto quirúrgico no se presentó ninguna complicación pero en el post operatorio inmediato estando en la unidad de cuidados intensivos presentó un hematoma en el cuello por lo cual se reinterviene al paciente drenándose este hematoma.". Respecto a las complicaciones indico que para el 2005, estas eran la posibilidad de un accidente cerebro vascular con déficit neurológico por desprendimiento de placas de ateroma, los hematomas en el cuello, otra muy frecuente con las infecciones e incluso llevan a la muerte. Indagado si era una cirugía fácil o compleja, contesto "Las endarterectomias (sic) carotideas son consideradas cirugías complejas por lo que se realizan en centros que cuenten con todos los servicios disponibles para llevar a cabo estos procedimientos como es el caso de la Clínica Nueva. Lo que pasa es que las endarectomias (sic) tiene el alto riesgo que normalmente se hacen en pacientes que tienen muchas enfermedades asociadas que debilitan su estado general de salud lo que conlleva que aumenten los riesgos de complicaciones y de muerte con es este caso de un paciente mayor de 72 años, con antecedentes de diabetes, hipertensión arterial, hipercolesterolemia y una sífilis". Señala el testigo que en la actualidad continua laborando en la clínica Nueva es el coordinador del servicio de neurocirugía, por lo cual el apoderado de la parte actora tacha de falsedad al testigo por el interés por el vínculo laboral.

Preguntado porque se presentó el hematoma que conllevo la segunda intervención quirúrgica señaló: "...se evidencia que el paciente presento un hematoma a presión el cual se drena en su totalidad y se revisa el sitio de rafias (suturas de arteria carótida la cual se encuentra integra, sin sangrado activo), se evidencian mínimos vasos en pared muscular con mínimo sangrado los cuales se les hace hemostasia o sea se ligan y cauterizan", sobre si es frecuente que aparezcan estos hematomas, refirió "si hay complicaciones si, y este paciente presento una complicación que es un hematoma del tejido blando por el cual requirió un nuevo procedimiento quirúrgico, es de anotar que los hematomas de

30

cuello son frecuentes después de un posoperatorio (sic) por lo cual estaba descrito en el consentimiento informado". Indagado que hubiera pasado si al paciente Benito Espinel no se le hubiera practicado la endarterectomía, respondió "En medicina no se puede asegurar ciento por ciento que va a pasar con los pacientes que tiene algún tipo de patología de base la mayoría de los pacientes que tiene una obstrucción del 75% de las arterias carótidas cursan tarde o temprano con accidente isquémicos cerebrales con secuelas neurológicas permanentes, incluso son causa de muerte.", sobre la causa de la isquemia que presentó el paciente mencionó "Al revisar la historia clínica da la impresión que el paciente presentó un accidente isquémico de la arteria cerebral media izquierda posiblemente secundaria al desprendimiento de una placa hematerosa que le produjo la embolia a esta arteria. (f. 1384 – 1387).

3.- LADY BIBIANA HERNÁNDEZ PIÑEROS, auxiliar de enfermería, declaró que ella empezó a trabajar con don Benito Espinel a finales del marzo del 2006, recibió al paciente postrado en una cama como vegetal, tuvo acceso a la historia clínica, su turno era de doce horas 7 am a 7 p.m. al paciente tocaba asistirle todo, la comida, baño, vestirlo, cambio de pañal, también lo acompañaba a la terapias a Teleton, para trasladarlo se necesitaba de otra persona, la comunicación no era clara. El paciente no podía hacerse entender, tocaba con señas, vivía de mal genio, con depresión, le controlaba la tensión arterial ya que se le subió as después de la cirugía, la insulina, para la elasticidad le daban bancoflen que lo compraba la familia porque era muy caro, la familia le pagaba terapias alternativas de acupuntura y físicas buscando la rehabilitación, pero nunca hubo mejoría, durante el tiempo que estuvo con él hasta diciembre de ese año. Señala que el paciente presentaba parálisis total del cuerpo, luego se convirtió en hemiplejía derecha, que el paciente recibía terapia física, ocupacional y de lenguaje. Que el sueldo como enfermera se lo cancelaba Irmis Espinel hija del paciente, según sabe de un fondo que tenían los hijos, que tuvo conocimiento que don Benito falleció en el año 2014. Apoderado clínica Nueva tacha el testimonio, por la relación cercana de la testigo con la familia del paciente.

4.- ROSA ESTERLINA LÓPEZ LOZADA, manifestó que empezó a trabajar con el paciente en agosto de 2008, cuando se enteró que estaban buscando quien cuidara a un abuelo incapacitado, tocaba levantarlo, bañarlo, vestirlo, hacerle todo, como ella trabajaba en el ancianato se quedó trabajando con don Benito, a quien tocaba hacerle todo, no se valía el solo, trabajaba de seis de la mañana a siete de la noche, trabajó hasta el seis de abril, cuando murió. Que los gastos eran asumidos por los hijos del paciente, cada uno daba una cuota más la pensión de él, que la enfermedad de don Benito generó gran afectación a su familia, ya que después de la cirugía no volvió a caminar, a hablar, le costaba

mucho comer, mantenía triste, a veces lloraba, a veces quería hablar pero no podía. (f. 1478-1479 c. 5.1)

5.- TESTIMONIO DE MARTHA CONSUELO TINOCO PACHECO, auxiliar de enfermería, señala que el 31 de diciembre de 2004, en la Fundación Cardio Infantil recibió a un paciente con parálisis total, alimentación por sonda, tensión arterial alta, diabético, con hemiplejía derecha, hospitalizado por una bacteria que había adquirido en la clínica nueva, la cual le produjo deshidratación severa, él tenía un plan domiciliario y la familia se contacto con ella para que le hiciera el cuidado en casa, estuvo desde el primero de enero hasta junio de 2005, que tenía terapias ocupacional, respiratoria, fonoaudióloga y médico general domiciliario, pero el señor no mejoro, al contrario empeoro y su estado de ánimo bajo al 100%, tuvo que tener tratamiento siquiátrico, luego trasladaron al paciente a Arauca, pero ella seguía llamando para saber como estaba y le comentaban que estaba muy mal. Que la familia sufrió mucho por la situación de su familiar, y hacía esfuerzos económicos buscando la mejoría del paciente pero nunca se logró. Clínica Nueva tacha or sosecha el testigo. (1669-1671 c. 5.1)

6.- Testimonio de HÉCTOR ROJAS: Médico general de la Clínica Nueva desde hace treinta años, manifestó que hay un figura que es médico de piso quien está pendiente de los pacientes hospitalizados de piso, no tiene relación alguna con la unidad de cuidados intensivos, en esa época los exámenes llegaban en físico su función era transcribirlos en la historia clínica y si había alguno alterado avisar al médico tratante, quien decía que se debía hacer, respecto del paciente Benito Espinel, él solo hizo la transcripción de los exámenes, pero no recuerda al paciente ya que son muchos los pacientes que ha atendido, que no estuvo en las intervenciones quirúrgicas del mencionado paciente, ni participó en la junta médica, ya que en la misma no intervienen los médicos generales.

7.- Testimonio de EDGAR HERNÁN VÁSQUEZ ENCISO, médico especialista en medicina crítica o cuidado intensivo, un vez revisada la historia clínica señala que se trata de un paciente de 72 años quien ingresa con cuadro sincopal y una posible sífilis, a todo paciente se le pide una prueba BDRL, que fue positiva, hace un recuento de la situación del paciente Benito Espinel, indicando que lo hace con base en la historia clínica por que no estuvo en la cirugía, señala que para la época de los hechos, en diciembre de 2005 y enero de 2006, trabajaba como médico especialista en la unidad de cuidados intensivos, que conoció al paciente el 13 de diciembre de 2005 con diagnóstico post operatorio inmediato de revisión quirúrgica de cuello por hematoma cervical derecho, falla respiratoria secundaria, estenosis carótida izquierda corregida y un hematoma en estudio se encontraba con soporte ventilatorio y sedación y el plan era una extubación programada según su evolución; refiere que participo en la junta médica donde se informó

situación actual del paciente con hemiplejia derecha, regular manejo de secreciones, y continuación con nutrición enteral con sonda nasogástrica y fisioterapia. Agrego, "Lo que puedo decir es que es un procedimiento de alto riesgo y complicaciones ya que era un paciente mayor con muchas comorbilidades, es decir era diabético, hipertenso, que se le informó previamente el procedimiento, las bondades y posibles complicaciones las cuales están registradas en el consentimiento informado y lamentablemente se presentaron y eso nadie lo puede determinar". (f. 1875 a 1879 c. 6)

5.4. HECHOS PROBADOS

De conformidad con las pruebas válida y oportunamente allegadas al proceso, se tienen por acreditados los siguientes hechos relevantes:

- a) el señor BENITO ESPINEL GARCÍA se encontraba afiliado al Sistema de Seguridad Social en Salud al régimen subsidiado, a través de la EPS SANITAS S.A. entidad que le prestó los servicios médicos requeridos.
- b) Conforme a lo consignado en la historia clínica de la Clínica Nueva el señor Benito Espinel García, ingreso a dicho centro asistencia el 7 de diciembre de 2005, al ser remitido por consulta externa, presentando cuadro vertiginoso crónico serología (+) a pesar de tratamiento, presentando de 3 a 4 meses dolor facial izquierdo como neuralgia del trigémino en tratamiento sin respuesta, por lo cual es hospitalizado.
- c) Realizados los exámenes al paciente Benito Espinel García y valorado por neurología se le diagnosticó oclusión del 75% carótida interior izquierda con múltiples episodios a pesar del manejo con antiagregante, por lo cual se señala la necesidad de practicarle endarterectomía carótida izquierda.
- d) El 13 de diciembre de 2005, a las 13:30 horas el señor Benito Espinel García, es llevado a salas de cirugía para la práctica de la Endarterectomía Carótida Izquierda

Al respecto se consignó: "HOJA DE CIRUGÍA. Diciembre 13 /2005. Diagnostico preoperatorio Obstrucción carótida izquierda. Diagnostico preoperatorio: IDM. Nombre de la cirugía: Endarterectomía carótida izquierda. Descripción de la operación: Previa asepsia y antisepsia del área operatoria se hace incisión en región externa del hemisferio izquierdo, se diseca por planos hasta localizar arteria carótida común izquierda, se diseca y reparar arteria carótida común, se diseca y se localiza bifurcación de arterias carótida interna y externa. Se encuentran arterias --- se reparar y se hace pulsamiento de estrés.

Se hace incisión longitudinal de carótida común y se encuentra gran placa ateromatosa la cual se reseca.

Se hace lavado con solución heparinizada, se hace cierre de carótida en un solo plano. Se hace hemosteria, Se hace cierre por planos hasta piel.
Complicaciones: No. (f. 88)

e) Luego de la intervención quirúrgica el paciente Espinel García es trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos, donde minutos después se advierte la presencia de hematoma en cuello, lo cual requiere llevar a salas de cirugía nuevamente para drenaje del mismo.

Da cuenta de la anterior situación la HOJA DE CIRUGÍA. Dic. 13/05.
Diagnostico preoperatorio: POP inmediato endarterectomia carótida común izquierda (Z988) Obstrucción carótida izquierda. Diagnostico preoperatorio: IDM.
Nombre de la cirugía: Revisión Endarterectomia carótida común izquierda.
Descripción de la operación: Previa asepsia y antisepsia del área operatoria se realiza retiro de la sutura de herida de hemicuello izquierdo, se retira sutura de TCS y se drena gran hematoma a presión, se drena hematoma en su totalidad y se revisa sitio de --- de arteria carótida, la cual se encuentra integra, sin sangrado activo.

Se evidencian mínimos vasos en pared muscular con mínimo sangrado, a los cuales se les hace hemostesia (se ligan – cauterizan). Se hace hemostesia exhaustiva. Se coloca dren pequeño y se ---- lateral izquierdo del cuello. Se cierra por planos hasta piel, se deja vendaje compresivo (apósito – sidomull).
Complicaciones: No. (f. 90)

f) En desarrollo del procedimiento quirúrgico - Endarterectomia carótida común izquierda – el paciente presento accidente cerebro vascular que le generó hemiplejia derecha

5.5. RÉGIMEN DE RESPONSABILIDAD

a. Sobre los elementos que configuran la responsabilidad del Estado

El inciso primero del artículo 90 de la Constitución Política de 1991 consagró expresamente la cláusula general de responsabilidad patrimonial de Estado al disponer que éste debe responder por *“los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas”* (negrillas del Despacho). Por su parte, el inciso segundo *ibídem* se ocupó de la responsabilidad personal de sus agentes, al establecer el derecho que tiene el Estado de repetir el valor de la condena que le sea impuesta, contra el servidor público que hubiese obrado en forma dolosa o gravemente culposa. Del inciso primero de esta norma, se desprenden entonces, los elementos que configuran la responsabilidad del Estado, como son el daño antijurídico y la imputación del mismo al Estado.

El profesor Juan Carlos Henao, ha definido el primer elemento de la responsabilidad como "toda afrenta a los intereses lícitos de una persona, trátase de derechos pecuniarios o de no pecuniarios, de derechos individuales o de colectivos, que se presenta como lesión definitiva de un derecho o como alteración de su goce pacífico y que, gracias a la posibilidad de accionar judicialmente, es objeto de reparación si los otros requisitos de la responsabilidad civil se encuentran reunidos"¹.

Por su parte, sobre los elementos de daño antijurídico e imputación contenidos en el artículo 90 de la Carta Política, la H. Corte Constitucional se pronunció en sentencia C-336 de 1996², así:

"(...) (L)a fuente de la responsabilidad patrimonial del Estado es un daño que debe ser antijurídico, no porque la conducta del autor sea contraria al derecho, sino porque el sujeto que lo sufre no tiene el deber jurídico de soportar el perjuicio, por lo cual éste se reputa indemnizable. Esto significa obviamente que no todo perjuicio debe ser reparado porque puede no ser antijurídico, y para saberlo será suficiente acudir a los elementos del propio daño, que puede contener causales de justificación que hacen que la persona tenga que soportarlo.

10- Igualmente no basta que el daño sea antijurídico sino que éste debe ser además imputable al Estado, es decir, debe existir un título que permita su atribución a una actuación u omisión de una autoridad pública. Esta imputación está ligada pero no se confunde con la causación material, por cuanto a veces, como lo ha establecido la doctrina y la jurisprudencia, se produce una disociación entre tales conceptos. Por ello, la Corte coincide con el Consejo de Estado en que para imponer al Estado la obligación de reparar un daño "es menester, que además de constatar la antijuricidad del mismo, el juzgador elabore un juicio de imputabilidad que le permita encontrar un 'título jurídico' distinto de la simple causalidad material que legitime la decisión; vale decir, la 'imputatiojuris' además de la imputatiofacti'"[6]. (...)" (negrillas y subrayas del Despacho).

Así pues, para que el daño antijurídico sea imputable al Estado y proceda entonces su reparación, se requiere de la existencia de una teoría que justifique el deber de reparar ese daño. Esto es lo que el H. Consejo de Estado ha denominado títulos de imputación, los cuales corresponden a los fundamentos jurídicos o elementos argumentativos del juez en la motivación de su sentencia. En ese sentido, el Tribunal Supremo de lo Contencioso Administrativo ha entendido que el juicio que se realiza para establecer la responsabilidad del Estado a la luz del artículo 90 Constitucional, es un juicio jurídico y no simplemente causalista. Al respecto, la Sala Plena de la Sección Tercera de esta Corporación, en providencia de 19 de abril de 2012³ reiteró lo siguiente:

¹ J. C. Henao, Le dommage. Analyse à partir de la responsabilité civile extracontractuelle de l'État en droit colombien et en droit français, tesis doctoral, Universidad de París 2 Panthéon-Assas, sustentada el 27 de noviembre de 2007, p. 133 de la versión traducida al español y que estuvo en proceso de actualización y corrección para convertirse en una nueva edición de su libro El daño, publicado en el año 1998.

² Corte Constitucional, sentencia C-336 de 1º de agosto de 1996. M.P. Alejandro Martínez Caballero.

³ Consejo de Estado –Sala de lo Contencioso Administrativo –Sección Tercera. Sentencia de 19 de abril de 2012, expediente 19001-23-31-000-1999-00815-01(21515).

"No obstante lo anterior, la denominada imputación jurídica (imputatio iure) supone el establecer el fundamento o razón de la obligación de reparar o indemnizar determinado perjuicio derivado de la materialización de un daño antijurídico, y allí es donde intervienen los títulos de imputación que corresponden a los diferentes sistemas o regímenes de responsabilidad que tienen cabida tal como lo ha dicho la jurisprudencia en el artículo 90 de la Constitución Política⁴".

En este orden de ideas, los elementos que dan lugar a la declaratoria de responsabilidad del Estado son: (i) el daño antijurídico, y (ii) la imputación del mismo al Estado. En cuanto a la imputación ha dicho el H. Consejo de Estado⁵, deben analizarse dos esferas: a) el ámbito fáctico; y b) la imputación jurídica, en la que debe determinarse la atribución conforme a un deber jurídico (que opera conforme a los distintos títulos jurídicos de imputación: falla o falta en la prestación del servicio -simple, presunta y probada-; daño especial -desequilibrio de las cargas públicas, daño anormal; y riesgo excepcional, etcétera). Así mismo, dicho juicio de imputación debe excluir la configuración de una causal eximente de responsabilidad del Estado.

b. Régimen aplicable por regla general en asuntos de responsabilidad médica: la falla probada del servicio

El H. Consejo de Estado ha adoptado como posición consolidada la falla probada del servicio como régimen aplicable, por regla general, en los asuntos en los que se alega la existencia de daños causados con la actividad médico asistencial. Al respecto, en sentencia de 2 de mayo de 2016⁶, señaló:

"(...) (S)ea lo primero advertir que las tesis jurisprudenciales invocadas por la parte actora en múltiples oportunidades y mencionadas como fundamento de la decisión de primera instancia y en el concepto rendido por el agente del Ministerio Público en el trámite del recurso de apelación, a saber, aquellas según las cuales el régimen de responsabilidad aplicable en materia de daños ocasionados por actividades médicas es el de la falla presunta⁷ y que, en materia probatoria, debe aplicarse el principio de la carga dinámica de la prueba, fueron recogidas. Es una posición ahora consolidada el que, por regla general⁸, la responsabilidad del Estado por cuenta de daños

⁴ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de julio 12 de 1993, expediente 7622, M.P. Carlos Betancur Jaramillo.

⁵ Consejo de Estado –Sala de lo Contencioso Administrativo –Sección Tercera. Sentencia de 25 de julio de 2011, expediente 05001-23-26-000-1996-01596-01(20132).

⁶ Consejo de Estado –Sala de lo Contencioso Administrativo –Sección Tercera. Sentencia de 2 de mayo de 2016, expediente 52001-23-31-000-2003-01349-01(33140)A.

⁷ Para una síntesis de la evolución sobre la materia ver: Subsección B, sentencia 27 de marzo de 2014, exp. 31508, C.P. Ramiro Pazos Guerrero. Las sentencias en las cuales puede observarse el cambio jurisprudencial son las siguientes: Sección Tercera, sentencias de 31 de agosto de 2006, exp. 15772, C.P. Ruth Stella Correa Palacio; 30 de noviembre de 2006, exp. 15201-25063, C.P. Alir Hernández Enríquez; 30 de julio de 2008, exp. 15726, C.P. Myriam Guerrero de Escobar. El consejero Enrique Gil Botero aclaró el voto en el sentido de señalar que no debe plantearse de forma definitiva el abandono de la aplicación del régimen de falla presunta del servicio.

⁸ Es importante anotar que, en algunos casos, la responsabilidad de la administración en materia médico-hospitalaria puede comprometerse aún en ausencia de falla. Así, en sentencia de 29 de agosto de 2013, exp. 30283, con ponencia de quien proyecta este fallo, se señaló que *"la ausencia demostrada de una falla del servicio atribuible a la entidad no conduce necesariamente a afirmar la ausencia de responsabilidad, pues pueden existir otras razones tanto jurídicas como fácticas, distintas al incumplimiento o inobservancia de un deber de conducta exigible al ISS en materia de atención y prevención de enfermedades infecciosas, que pueden servir como fundamento del deber de reparar"*. Un criterio similar se utilizó en la sentencia de 28 de septiembre de 2012, exp. 22424, C.P. Stella Conto Díaz del Castillo, en estos términos: *"la menor (...) estando en*

33

derivados de intervenciones médicas se compromete bajo el régimen de la falla probada del servicio⁹, con las consecuencias probatorias que, tal y como se ha reiterado¹⁰, le son propias.

(...)

Está claro entonces que, en el estado actual de la jurisprudencia sobre la materia, quien alegue que existió un defecto en la prestación del servicio médico asistencial, debe demostrar tal falla, así como también el daño y los elementos que permitan concluir que este último es atribuible a aquélla y no a eventos extraños¹¹. (...). (subraya el Despacho).

En relación con los motivos que llevaron a que se retornara a la exigencia de la prueba de la falla del servicio, como regla general en los asuntos de responsabilidad médica, el Tribunal Supremo de lo Contencioso Administrativo en sentencia de 31 de agosto de 2006¹², expuso:

"(...) (D)e manera reciente la Sala ha recogido las reglas jurisprudenciales anteriores, es decir, las de presunción de falla médica, o de la distribución de las cargas probatorias de acuerdo con el juicio sobre la mejor posibilidad de su aporte, para acoger la regla general que señala que en materia de responsabilidad médica deben estar acreditados en el proceso todos los elementos que la configuran, para lo cual se puede echar mano de todos los medios probatorios legalmente aceptados, cobrando particular importancia la prueba indiciaria que pueda construirse con fundamento en las demás pruebas que obren en el proceso, en especial para la demostración del nexo causal entre la actividad médica y el daño.

Se acoge dicho criterio porque además de ajustarse a la normatividad vigente (art. 90 de la Constitución y 177 del Código de Procedimiento Civil), resulta más equitativa. La presunción de la falla del servicio margina del debate probatorio asuntos muy relevantes, como el de la distinción entre los hechos que pueden calificarse como omisiones, retardos o deficiencias y los que constituyen efectos de la misma enfermedad que sufra el paciente. La presunción traslada al Estado la carga de desvirtuar una presunción que falló, en una materia tan compleja, donde el alea constituye un factor inevitable y donde el paso del tiempo y las condiciones de masa (impersonales) en las que se presta el servicio en las instituciones públicas hacen muy compleja la demostración de todos los actos en los que éste se materializa.

En efecto, no debe perderse de vista que el sólo transcurso del tiempo entre el momento en que se presta el servicio y aquél en el que la entidad debe ejercer su defensa, aunado además a la imposibilidad de establecer una relación más estrecha entre los médicos y sus pacientes, hace a veces más difícil para la entidad que para el paciente acreditar las circunstancias en las cuales se prestó el servicio. Por eso, el énfasis debe centrarse en la exigencia institucional de llevar las historias clínicas de manera tan completa y clara que su solo estudio permita al juez, con la ayuda de peritos idóneos si es necesario, establecer si hubo o no

satisfactorio estado de salud, tan pronto como le fue aplicado el plan de inmunización, previsto en las políticas de salud públicas, para la atención infantil falleció y aunque las pruebas técnico científicas y testimoniales no permiten relacionar la muerte de la pequeña de ocho meses con la aplicación de la vacuna, se conoce que el componente "pertusis" de la DPT (difteria, tos ferina y tétanos), en un porcentaje bajo, pero cierto, implica riesgo para quien lo reciba".

⁹ Sección Tercera, sentencias de 31 de agosto de 2006, *ibidem* y de 3 de octubre de 2007, exp. 16402, de 28 de enero de 2009, exp. 16700 y de 9 de junio de 2010, exp. 18.683, C. P. Mauricio Fajardo Gómez. Con ponencia de quien proyecta este fallo ver sentencia de 29 de octubre de 2012, exp. 25331.

¹⁰ Ver, entre otras: Sección Tercera, sentencia de 23 de abril de 2008, exp. 17750, C.P. Mauricio Fajardo Gómez y de la Subsección "B", sentencia de 4 de junio de 2012, exp. 22411, C.P. Danilo Rojas Betancourth.

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

¹² Consejo de Estado –Sala de lo Contencioso Administrativo –Sección Tercera. Sentencia de 31 de agosto de 2006, expediente 68001-23-31-000-2000-09610-01(15772).

responsabilidad estatal en los daños que aduzcan sufrir los pacientes como consecuencia de la prestación del servicio médico.

(...)

En materia de la prueba de la existencia de fallas en la prestación del servicio, valga señalar el valor de las reglas de la experiencia, como aquella que señala que en condiciones normales un daño sólo puede explicarse por actuaciones negligentes, como el olvido de objetos en el cuerpo del paciente¹³, daños a partes del cuerpo del paciente cercanas al área de tratamiento, quemaduras con rayos infrarrojos, rotura de un diente al paciente anestesiado, fractura de mandíbula durante la extracción de un diente, lesión de un nervio durante la aplicación de una inyección hipodérmica¹⁴.

El volver a la exigencia de la prueba de la falla del servicio, como regla general, no debe llamar a desaliento y considerarse una actitud retrograda. Si se observan los casos concretos, se advierte que aunque se parte del criterio teórico de la presunción de la falla del servicio, las decisiones en la generalidad, sino en todos los casos, ha estado fundada en la prueba de la existencia de los errores, omisiones o negligencias que causaron los daños a los pacientes."

Conforme los extractos jurisprudenciales traídos a colación, y teniendo en cuenta que en el *sub judice* se pretende la declaratoria de responsabilidad de la Nación – Ministerio de la Protección Social, la Clínica Nueva, la EPS Sanitas S.A. y el médico Jorge Alvaro Murcia Sarmiento, como quiera que la parte demandante considera que incurrió en una falla en el servicio médico brindado al señor Benito Espinel García, lo cual le ocasionó graves perjuicios a su salud; es la falla probada del servicio el régimen sobre el cual se debe estructurar la responsabilidad del Estado en el asunto que nos ocupa. En tal sentido deberán acreditarse los extremos de la misma: la falla propiamente dicha, el daño antijurídico y el nexo de causalidad entre aquella y ésta¹⁵.

c. Prestación del servicio de salud

De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, modificado por el Acto Legislativo No. 02 de 2009, la atención de la salud es un servicio público a cargo del Estado, a quien le corresponde garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud¹⁶.

¹³ Lo que la doctrina denomina como óblitoquirúrgico y que considera que en la generalidad de los casos sólo puede explicarse por negligencia del médico o su equipo.

¹⁴ Ejemplos citados por Ricardo Luis Lorenzetti. Ob.cit, pág.222.

¹⁵ Consejo de Estado –Sala de lo Contencioso Administrativo –Sección Tercera, sentencia de 11 de mayo de 2006, expediente 68001-23-15-000-1995-00935-01(14400).

¹⁶ Artículo 49. Modificado por el Acto Legislativo No 02 de 2009. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.

34

Sin embargo, tal como lo ha pregonado insistentemente la Corte Constitucional¹⁷, la salud no sólo puede considerarse desde la perspectiva de un servicio público sino también, y esta es su mayor caracterización, como un derecho fundamental de los asociados, máxime si se tiene en cuenta que está en íntima conexidad con otros derechos fundamentales como la vida, la dignidad humana y la integridad personal, derechos todos estos que a su vez permiten el ejercicio de otros derechos de la misma estirpe.

En cuanto a la caracterización del derecho a la salud como fundamental del ser humano, la Corte constitucional ha dicho:

"la jurisprudencia constitucional ha dejado de decir que tutela el derecho a la salud en conexidad con el derecho a la vida y a la integridad personal, para pasar a proteger el derecho „fundamental autónomo a la salud“. Para la jurisprudencia constitucional (...) no brindar los medicamentos previstos en cualquiera de los planes obligatorios de salud, o no permitir la realización de las cirugías amparadas por el plan, constituye una vulneración al derecho fundamental a la salud"¹⁸.

Asimismo, en el Derecho Convencional, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966, aprobado por la Ley 74 de 1968, dispone en el numeral primero del artículo 12 que "Los Estados Partes en el presente pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental", y en el numeral segundo añade que "entre las medidas que deberán adoptar los Estados partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para... d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad."

Por su parte el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su Observación General No. 14, aprobada en el año 2000, señala que "la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos...8. El derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar sano. El derecho a la salud entraña libertades y derechos...En cambio, entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto

¹⁷ Ver entre otras las sentencias T- 185 de 2009, T-589 de 2009 y T- 195 de 2011. 74 Corte Constitucional. Sentencia T- 845 de 2006. ⁷⁵ En la sentencia T- 736 de 2004 (MP Clara Inés Vargas Hernández) la Corte consideró que imponer costos económicos no previstos por la ley a una persona para acceder a la servicio de salud que requiere "(...) afecta su derecho fundamental a la salud, ya que se le imponen límites no previstos en la ley, para que acceda a su tratamiento y a la vez la entidad se libra de su obligación de brindar integralmente los tratamientos y medicamentos al paciente." Puede verse sentencia T- 438 de 2004. derecho a estar sano. El derecho a la salud entraña libertad

¹⁸ En la sentencia T- 736 de 2004 (MP Clara Inés Vargas Hernández) la Corte consideró que imponer costos económicos no previstos por la ley a una persona para acceder a la servicio de salud que requiere "(...) afecta su derecho fundamental a la salud, ya que se le imponen límites no previstos en la ley, para que acceda a su tratamiento y a la vez la entidad se libra de su obligación de brindar integralmente los tratamientos y medicamentos al paciente." Puede verse sentencia T- 438 de 2004.

nivel posible de salud. 9. El concepto del "más alto nivel posible de salud", a que se hace referencia en el párrafo 1 del artículo 12, tiene en cuenta tanto las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona como los recursos con que cuenta el Estado.

Pues bien, nótese que de acuerdo con estos preceptos el derecho a la salud, entendido como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud, supone, entre otras medidas, el establecimiento de condiciones que aseguren que todas las personas tendrán acceso igualitario y oportuno a los correspondientes servicios médicos y hospitalarios y por consiguiente, toda decisión, disposición o acuerdo que establezca requisitos o imponga limitaciones, en uno y en otro caso, caprichosos, poco razonables, que miren más a la conveniencia del intermediario o del prestador del servicio y no al derecho del paciente, o que finalmente hagan nugatorio el derecho a la salud, debe ser tenida como una decisión, disposición o convenio que viola las normas imperativas que regulan ese derecho fundamental y por ende le debe sobrevenir el consecuencial juicio negativo de valor.

Ahora bien, en lo que respecta al sistema de seguridad social en salud, éste se encuentra regulado por la Ley 100 de 1993, según la cual son reglas rectoras del servicio público de salud, la equidad, la obligatoriedad, la protección integral, la libre escogencia, la autonomía de las instituciones, la descentralización administrativa⁸¹, la participación social, la concertación y la muy importante calidad del servicio, de donde vale, igualmente, la pena resaltar que dentro de las características básicas del sistema general de salud, se encuentra el ingreso de todos los colombianos al régimen de seguridad social en aras de garantizar la salud de la población colombiana, mediante la debida organización y prestación del servicio público de salud y la atención de urgencias en todo el territorio nacional.

Por otro lado, en el Acuerdo 461 de 1994¹⁹, artículo 6º, se determinó que el Instituto de Seguros Sociales tenía por objeto dirigir, administrar, controlar, vigilar y garantizar la prestación del servicio de salud en los términos que establece la Constitución, la ley y los reglamentos, esto es, principalmente, los antes anotados, marco bajo el cual, el Seguro Social estaba bajo la obligación de garantizar la prestación eficiente y oportuna del servicio, ya fuera directamente o a través de cualquier mecanismo²⁰.

¹⁹ Decreto 461 de 1994, Por el cual se aprueba el Acuerdo número 003 del 3 de mayo de 1993 del Consejo Directivo del Instituto de Seguros Sociales, empresa industrial y comercial del Estado, vinculada al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, que adopta los Estatutos de esa entidad.

²⁰ Artículo 7, literal c) ibídem

36

6. CASO CONCRETO

6.1. ELEMENTOS CONFIGURATIVOS DE LA RESPONSABILIDAD DEL ESTADO

6.1.1. EL DAÑO ANTIJURÍDICO

Se entiende jurisprudencialmente como el detrimento, perjuicio, menoscabo, dolor o molestia causado a alguien en su persona, bienes, libertad, honor, afectos, creencias, etc.; generando la destrucción o disminución de beneficios patrimoniales o extrapatrimoniales, sin que el ordenamiento jurídico le haya impuesto el deber de soportarlos²¹.

El daño antijurídico comprendido desde la dogmática jurídica de la responsabilidad civil extracontractual y del Estado, impone considerar dos componentes: a) el alcance del daño como entidad jurídica, esto es, "el menoscabo que a consecuencia de un acaecimiento o evento determinado sufre una persona ya en sus bienes vitales o naturales, ya en su propiedad o en su patrimonio"; o la "lesión de un interés o con la alteración "in pejus" del bien idóneo para satisfacer aquel o con la pérdida o disponibilidad o del goce de un bien que lo demás permanece inalterado, como ocurre en supuestos de sustracción de la posesión de una cosa"; y, b) aquello que derivado de la actividad, omisión, o de la inactividad de la administración pública no sea soportable i) bien porque es contrario a la Carta Política o a una norma legal, o ii) porque sea "irrazonable", en clave de los derechos e intereses constitucionalmente reconocidos¹⁵⁸; y iii) Por que no encuentra prevalencia o sustento, respeto o consideración del interés general, o de la cooperación social²².

En cuanto al daño antijurídico, la jurisprudencia constitucional señala que la "antijuridicidad del perjuicio no depende de la licitud o ilicitud de la conducta desplegada por la Administración sino de la no soportabilidad del daño por parte de la víctima". Así pues, y siguiendo la jurisprudencia constitucional, se ha señalado "que esta acepción del daño antijurídico como fundamento del deber de reparación estatal armoniza plenamente con los principios y valores propios del Estado Social de Derecho debido a que al Estado corresponde la salvaguarda de los derechos y libertades de los administrados frente a la propia Administración"²³.

De igual manera, la jurisprudencia constitucional considera que el daño antijurídico se encuadra en los "principios consagrados en la Constitución, tales

²¹ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 27 de enero del 2000, M.P. Alier Hernández Enríquez.

²² Consejo De Estado Sección Tercera Subsección C, C.P. JAIME ORLANDO SANTOFIMIO GAMBOA, 31 de julio de dos mil diecisiete (2017), Radicado: 730012331000200101985 01 (36.557)

²³ 101 Corte Constitucional, sentencia C-333 de 1996. Puede verse también: Corte Constitucional, sentencia C-918 de 2002.

como la solidaridad (Art. 1º) y la igualdad (Art. 13), y en la garantía integral del patrimonio de los ciudadanos, prevista por los artículos 2º y 58 de la Constitución”²⁴.

Debe quedar claro que es un concepto que es constante en la jurisprudencia del Consejo Estado, que debe ser objeto de adecuación y actualización a la luz de los principios del Estado Social de Derecho, ya que como lo señala el precedente de la Corporación un “Estado Social de Derecho y solidario y respetuoso de la dignidad de la persona humana, no puede causar daños antijurídicos y no indemnizarlos”. Dicho daño tiene como características que sea cierto, presente o futuro, determinado o determinable, anormal y que se trate de una situación jurídicamente protegida²⁵.

El daño en el caso bajo estudio se concreta en el deterioro del estado de salud del señor BENITO ESPINEL GARCÍA, a consecuencia de la hemiplejía del lado derecho presentada con posterioridad a la intervención quirúrgica de Endarterectomía carótida izquierda, lo cual se encuentra demostrado con suficiencia conforme a los siguientes medios probatorios:

a) HISTORIA CLÍNICA: Donde se consignó horas después de practicada la intervención quirúrgica:

13/XII/05- 14:20. NOTA INGRESO UCI ½. Paciente de 72 años, quien ingresa en post operatorio inmediato endarterectomía carótida izquierda, quien durante el post operatorio presenta crisis hipertensiva, por lo cual es traído UCI ½. El paciente tiene antecedentes de ECV con --- de tipo --- múltiples.

HTA no controlada, con ECO stress negativo para ent. Coronaria manejado con enalapril 20 mg x 2...

... dificultad respiratoria, ---- desbalance toracoabdominal, mal manejo de secreciones, ---- Hematoma creciente cara lateral izquierda cuello – abdomen blando --- **hemiplejía derecha** --- Se observa con mal patrón respiratorio y traicardico...

IDX: 1) Insuficiencia respiratoria mixta

2) crisis hipertensiva

3) HTA no controlada

4) ----

5) Hematoma área QX

13/XII/05 UCI 16+45 (Val e ingreso). Ingresa Pte UCI en Pop inmediato de revisión quirúrgica de cuello por hematoma cervical se drena -- +- 50 cc de sangre y --- a presión.— Bajo efectos de anestesia gral; **anestesiología y cirugía vascular informan que el paciente salió hemiparetico —derecho luego de la endarterectomía**, historia de HTA, ---, obesidad, se observa hematoma leve. 1) Falla respiratoria aguda 2= A. 2) hematoma cervical drenando. 3) estenosis carotídea corregida quirúrgicamente (12--). 4) hematoma a estudio. 5) ECV isquémico izq ---

(...)

²⁴ Corte Constitucional, sentencia C-333 de 1996; C-832 de 2000

²⁵ Sección Tercera, sentencia de 2 de junio de 2005, expediente 1999-02382 AG.

36

14/XII/05 CIRUGIA VASCULAR. Pte con cuadro estable. En el momento con ventilación asistida, la herida quirúrgica no presenta sangrado – ni hay aumento del hematoma.

Está pendiente reporte definitivo de TAC, pero al parecer hay lesión isquémica en hemisferio izquierdo y signos clínicos de paraplejia derecha. Se inició ya fisioterapia. Se debe continuar manejo UCI. Se explica a familia situación una vez revisado TAC. J. MURCIA. (f. 61 a 63 c. 2 pruebas).

b) En diligencia de testimonio del Médico Carlos Alberto Duque Delgado, en donde señaló "Al revisar la historia clínica da la impresión que el paciente presentó un accidente isquémico de la arteria cerebral media izquierda posiblemente secundaria al desprendimiento de una placa hematerosa que le produjo la embolia a esta arteria". (f. 1384 – 1387).

c) El Neurólogo Álvaro Mario Gudiño Bustamante, en testimonio señaló que conoció al paciente al haberlo atendido en su calidad de neurólogo, durante su estancia en la Clínica Nueva en el proceso post quirúrgico en la prevención, promoción y tratamiento en la complicación presentada por don Benito que fue el infarto cerebral y seguimiento de sus complicaciones cardio cerebro vasculares inherentes a la enfermedad y demás comorbilidades del paciente. (f. 1379 a 1382).

d) Los testimonios vertidos por Lady Bibiana Hernández Piñeros, Rosa López Lozada y Martha Tinoco Pacheco, quienes prestaron el servicio particular como enfermeras, dan cuenta de las secuelas presentadas por don Benito Espinel, a consecuencia de la intervención quirúrgica, su estado de discapacidad, minusvalía y de postramiento que le impedía desarrollar cualquier actividad por sus propios medios, siendo totalmente dependiente de sus familiares, a diferencia del día que ingresó por sus propios medios a la Clínica Nueva.

Dichas pruebas demuestran el acaecimiento de la afectación en la salud del señor Benito Espinel García, determinada por las secuelas que se generaron con la intervención quirúrgica endarterectomía carótida izquierda practicada en la Clínica Nueva el 13 de diciembre de 2005; aunado a lo anterior se aportaron los registros civiles de nacimiento de las demandantes, con los cuales se comprueba el vínculo afectivo con el afectado.

En conclusión, bastan los anteriores elementos probatorios para comprobar con certeza la existencia de un daño cierto, derivado de la hemiplejia derecha que presento el señor Espinel García luego de practicada la cirugía mencionada.

6.2. TÍTULO DE IMPUTACIÓN

En cuanto a la imputabilidad del daño a la administración, es pertinente poner de presente que en reciente pronunciamiento, la Sección Tercera del Consejo de

Estado en pleno señaló que, así como la Constitución Política de 1991 no privilegió ningún régimen de responsabilidad extracontractual en particular, tampoco podía la jurisprudencia establecer un único título de imputación a aplicar a eventos que guarden ciertas semejanzas fácticas entre sí, ya que éste puede variar en consideración a las circunstancias particulares acreditadas dentro del proceso y a los parámetros o criterios jurídicos que el juez estime relevantes dentro del marco de su argumentación:

En lo que se refiere al derecho de daños, como se dijo previamente, se observa que el modelo de responsabilidad estatal establecido en la Constitución de 1991 no privilegió ningún régimen en particular, sino que dejó en manos del juez la labor de definir, frente a cada caso concreto, la construcción de una motivación que consulte razones, tanto fácticas como jurídicas, que den sustento a la decisión que habrá de adoptar. Por ello, la jurisdicción contenciosa ha dado cabida a diversos "títulos de imputación" como una manera práctica de justificar y encuadrar la solución de los casos puestos a su consideración, desde una perspectiva constitucional y legal, sin que ello signifique que pueda entenderse que exista un mandato constitucional que imponga al juez la obligación de utilizar frente a determinadas situaciones fácticas un determinado y exclusivo título de imputación.

En consecuencia, el uso de tales títulos por parte del juez debe hallarse en consonancia con la realidad probatoria que se le ponga de presente en cada evento, de manera que la solución obtenida consulte realmente los principios constitucionales que rigen la materia de la responsabilidad extracontractual del Estado, tal y como se explicó previamente en esta sentencia²⁶.

Así las cosas, de conformidad con la jurisprudencia citada, no todos los casos en los que se discuta la responsabilidad del Estado por daños derivados de un supuesto de hecho que guarde semejanzas deben resolverse de la misma forma pues, se insiste, el juez puede –en cada caso concreto– válidamente considerar que existen razones tanto jurídicas como fácticas que justifican la aplicación de un título de imputación o una motivación diferente²⁷.

La Sección Tercera del Consejo de Estado ha consolidado una posición en materia de responsabilidad del Estado por la prestación del servicio de salud, en virtud de la cual aquella es de naturaleza subjetiva, advirtiendo que es la falla probada del servicio el título de imputación bajo el cual es posible configurar la responsabilidad estatal por la actividad médica hospitalaria, de suerte que se

²⁶ Consejo de Estado, S.C.A., Sección Tercera, Sala Plena, sentencia de 19 de abril de 2012, exp. 21515, C.P. Hernán Andrade Rincón, reiterada en la sentencia de 23 de agosto de 2012, exp. 23219, del mismo ponente.

²⁷ CONSEJO DE ESTADO SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO SECCION TERCERA SUBSECCION B Consejero ponente: DANILO ROJAS BETANCOURTH Bogotá, cinco (5) de marzo de dos mil quince (2015) Radicación número: 50001-23-31-000-2002-00375-01(30102) Actor: ANA ARGENIS SUAREZ CORTES Y OTROS Demandado: E.S.E. VILLAVICENCIO

32

exige acreditar la falla propiamente dicha, el daño antijurídico y el nexo de causalidad entre aquella y éste²⁸.

En materia médica, para que pueda predicarse la existencia de una falla, el Consejo de Estado ha precisado que es necesario que se demuestre que la atención no cumplió con estándares de calidad fijados por el estado del arte de la ciencia médica, vigente en el momento de la ocurrencia del hecho dañoso²⁹. Del mismo modo, deberá probarse que el servicio médico no ha sido cubierto en forma diligente, esto es, que no se prestó el servicio con el empleo de todos y cada uno de los medios humanos, científicos, farmacéuticos y técnicos que se tengan al alcance³⁰.

Así, la Ley 23 de 1981 establece las reglas para la prestación del servicio de salud conforme a la ética médica:

"ARTICULO 1º. (...)

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 distingos 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.

3. (...)

4. La relación médico-paciente es elemento primordial en la práctica médica. Para que dicha relación tenga pleno éxito debe fundarse en un compromiso responsable, leal y auténtico, el cual impone la más estricta reserva profesional.

5. (...) el médico está obligado a transmitir conocimientos al tiempo que ejerce la profesión, con miras a preservar la salud de las personas y de la comunidad. (...)

9. El médico, por la función social que implica el ejercicio de su profesión, está obligado a sujetar su conducta pública y privada a los más elevados preceptos de la moral universal.

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

²⁹ Sección Tercera, sentencia de 25 de febrero de 2009, exp. 17149, C.P. Ruth Stella Correa Palacio.

³⁰ Sección Tercera, sentencia de 11 de febrero de 2009, exp. 14726, C.P. Ramiro Saavedra Becerra.

10. *Los principios éticos que rigen la conducta profesional de los médicos, no se diferencian sustancialmente de los que regulan la de otros miembros de la sociedad. Se distinguen si por las implicaciones humanísticas anteriormente indicadas. La presente Ley comprende el conjunto de normas permanentes sobre ética médica a que debe ceñirse el ejercicio de la medicina en Colombia.*

6.3. NEXO DE CAUSALIDAD

6.3.1. Habiéndose demostrado el daño, corresponde al Despacho establecer si el mismo es imputable a la entidad demandada, si existe un nexo de causalidad entre la afectación a la salud y a la integridad personal de Benito Espinel García, y el comportamiento ya sea por acción u omisión de las entidades demandadas.

Se determinará si la víctima sufrió una carga que no estaba obligada a soportar, si hubo un desbordamiento de lo que el paciente debía asumir; la premisa general consiste en que a éste le corresponde soportar la consecuencia directa y exclusiva de la vulnerabilidad y mortalidad propias de la condición humana, así como de la concreción de los riesgos previsibles, conocidos y consentidos del acto médico. Esto último si media su propia voluntad informada y consciente, sobre el posible fracaso terapéutico, el que no ha podido, ni podrá, ser desterrado de toda intervención humana. No le corresponde al paciente, por el contrario, soportar una atención por debajo de los estándares éticos o científicos médicos, terapéuticos y asistenciales, en sí misma indemnizable, tampoco las consecuencias derivadas de los errores, por lo mismo previsibles y evitables.

Tampoco debe asumir las consecuencias naturales de la progresión patológica, evitable por la ciencia médica. Por otra parte, no está obligado el paciente a asumir el riesgo propio del acto médico, si este no le ha sido efectivamente expuesto y, por ende, no ha sido consentido³¹.

La parte actora aduce que la atención médica prestada por la Clínica Nueva al señor Benito Espinel García fue deficiente, ya que el daño clínico del paciente se produjo por las fallas presentadas en desarrollo de la cirugía de endarterectomía carótida izquierda, por defectuosa preparación y realización de la misma, igualmente defectuoso manejo de la dolencia que desencadenó en una hemiplejía del lado derecho y pérdida del habla por las lesiones producidas en el cerebro por falta de irrigación, con un daño irreversible de más del setenta y cinco por ciento (75%) del cerebro por falta de irrigación, lo que generó graves daños

³¹ CONSEJO DE ESTADO SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO SECCIÓN TERCERA SUBSECCIÓN B Consejera ponente: STELLA CONTO DÍAZ DEL CASTILLO Bogotá, D. C, primero (1) de agosto de dos mil dieciséis (2016) Radicación número: 13001-23-31-000-2001-01592-01(34578) Actor: VÍCTOR MANUEL GORDILLO SÁNCHEZ Y OTROS Demandado: E.S.E HOSPITAL MANUEL ELKIN PATARROYO

neurológicos en el paciente, hecho que por omisión configura la falla del servicio médico, pues se le hizo perder la oportunidad de recuperar la salud, al haberse presentado fallas en el procedimiento quirúrgico conllevaron la afectación de carácter neurológico, de la cual nunca pudo recuperarse a pesar de las terapias y tratamientos que su familia asumió con sus propios recursos, todo esto a consecuencia de la mala praxis médica.

6.3.2. Tacha de Testigos

En este acápite se hace necesario pronunciarse a la tacha de testigos presentada contra todos y cada uno de los testimonios recepcionados.

La parte actora tacho por falsedad las declaraciones de todos los profesionales de la salud, aduciendo los vínculos laborales y/o comerciales existente con la demandad Clínica Nueva lo que en su sentir afecta la imparcialidad y veracidad de sus dichos y a su vez la apoderada de dicho centro hospitalario tacho los testimonios de las enfermeras y demás testigos aportados por la parte demandante, alegando la cercanía de los deponentes con la familia del paciente Benito Espinel García.

En Sentencia de Unificación del Consejo de Estado del 25 de junio de 2014³², concordante con lo dispuesto en providencia de esa misma corporación del 6 de agosto de 2014, dispone que:

"Cualquiera de las partes podrá tachar el testimonio de las personas que se encuentren en circunstancias que afecten su credibilidad o imparcialidad, en razón de parentesco, dependencia, sentimientos o interés en relación con las partes o sus apoderados, antecedentes personales y otras causas. La tacha deberá formularse con expresión de las razones en que se funda. El juez analizará el testimonio en el momento de fallar de acuerdo a las circunstancias de cada caso".

La Corte Constitucional en sentencia C.790 de 2006, para el evento en que los testigos sean sospechosos por encontrarse en situaciones que afecten su credibilidad o imparcialidad, en tal situación la declaración si puede recibirse, pero debe apreciarse con mayor severidad. Eso se señaló en la referida jurisprudencia: *"En cuanto al artículo 217 del C.P.C., éste lo que hace es definir como sospechosos a aquellos testigos que se encuentren en circunstancias que puedan afectar su credibilidad o imparcialidad, en razón de parentesco, dependencia, sentimientos o intereses que tengan con las partes o sus apoderados, de sus antecedentes personales u otras causas que determine el juzgador; ello por cuanto si bien la sola circunstancia de que los testigos sean parientes de una de las partes, no conduce necesariamente a deducir que ellos inmediatamente falten a la verdad, "...la razón y la crítica del testimonio aconsejan que se le aprecie con mayor severidad, que al valorarla se someta a un tamiz más denso de aquel por el que deben pasar las declaraciones libres de sospecha, lo que permite concluir que dicha norma no es más que una especificación de las reglas de la sana crítica aplicadas al*

³² Consejo de Estado, Sala Plena de lo Contencioso Administrativo, SENTENCIA DE 25 DE JUNIO DE 2014. EXP. 25000- 23-36-000-2012-00395-01(I.J), M.P. ENRIQUE GIL BOTERO.

proceso civil. No obstante lo anotado, cuando una controversia entre particulares debe ser dirimida por el juez competente, éste deberá definirla, como antes se dijo, a partir del análisis que realice del acervo probatorio, el cual está en la obligación de estudiar de acuerdo con las reglas que le impone el sistema de la sana crítica, lo que implica confrontarlas, permitir que las partes las contradigan y si es del caso las desvirtúen, y ponderarlas en conjunto, a la luz de su saber técnico específico y su experiencia"16.

De otra parte, los apoderados de la parte demandante y de la Clínica Nueva se limitaron a formular la tachación contra los testigos, pero no aportaron ninguna prueba que permitiera verificar la ocurrencia de los hechos que le sirvieron de fundamento o demostrar los motivos de la sospecha y su relación con las demás pruebas recaudadas, en consecuencia la tachación de sospecha no está llamada a prosperar. En primer lugar por cuanto se advierte imparcialidad en sus dichos, y frente a la única aseveración en que se fundamentan las mismas de la cercanía de los deponentes con una u otra parte, considera el Juzgado que justamente quienes pueden dar cuenta de los hechos acaecidos son justamente quienes tuvieron una relación o contacto directo con el paciente y sus tratamientos médicos, es decir, de una lado, aquellos que le prestaron los servicios médico asistenciales y del otro quienes tuvieron la oportunidad de conocer su estado posterior a la intervención quirúrgica.

Ahora bien, de acuerdo al fundamento legal y jurisprudencial sobre la tachación por sospecha de los testigos, y escuchadas las declaraciones de Álvaro Hernán Gaudiño Bustamante, Carlos Alberto Duque Delgado, Martha Tinoco Pacheco, Rosa López Lozada y Edgar Hernán Vásquez, se encuentra que estas no pueden ser tildadas de sospechosas, por el solo hecho de que los testigos hayan tenido algún tipo de relación – laboral, comercial, de amistad- con las partes, pues no se evidencia que éstos tuvieran un interés en los resultados del proceso que hoy se estudia y por tanto su declaración no está viciada de falta de objetividad y parcialidad.

6.3.3. En efecto, del material probatorio aportado al proceso, considera el Juzgado que no obstante los evidentes daños neurológicos, físicos y fisiológicos presentados por el señor Benito Espinel García con posterioridad a la intervención quirúrgica no se logró demostrar que tales consecuencias adversas en la salud del paciente hayan sido consecuencia de un acto atribuible a las demandadas, al respecto se tienen las pruebas testimoniales de los galenos que conocieron el caso, así como el dictamen pericial practicado por Asociación Colombiana de Angiología y Cirugía Vascular, en los cuales se señala al unísono que el paciente presentaba diferentes comorbilidades que lo hacían más propenso a la presencia de complicaciones y la complejidad de la cirugía. Igualmente de lo señalado en la historia clínica se puede advertir que se

39

prestaron todos los servicios requeridos por el paciente y previo a la programación de la cirugía se consultó con los médicos de las diferentes especialidades para establecer si era posible o no la realización de la intervención quirúrgica.

Así se tiene:

1) Historia clínica de Benito Espinel de la Clínica Nueva (f. 69-94), donde se indica:

"Fecha Ingreso: 07/12/05 Hora 12:40

Motivo consulta: remitido consulta externa

EPICRISIS: VALORACIÓN TÉCNICA: Pte quien ingresa con cuadro de neurosífilis y con Dx de oclusión de del 75% carótida interior izquierda sintomática con múltiples episodios alt a pesar del manejo con antiagregante

DIAGNOSTICO DEFINITIVO: Oclusión carótida izquierda – ACV hemisferio izquierdo

8/Dic/ Cx vascular Se explica al paciente y a su hijo los riesgos y beneficios del procedimiento

Ya fue autorizada la cirugía, se solicitan estudios pre quirúrgicos y valoración por cardiología y anestesia.

XII/8/05 Neurología Paciente en quien se considera discutir neurosífilis tras serología (+). No cambios en su sintomatología ...

Se realiza punción lumbar se explica procedimiento a paciente y familiares ellos aceptan.

...No se logra realización por obesidad mórbida de paciente que no logra alcanzar meta con --- se solicita cita con anestesiología para realización punción lumbar

9/12/05 Anestesia

Punción lumbar L3 L4 DLI spinocat U # 20

VALORACIÓN CARDIOLOGÍA - DICIEMBRE 8 DEL 2005 10:00 A.M.

CONCEPTO: Considero que este paciente se encuentra dentro del grupo de alto riesgo para enfermedad coronaria por tener enfermedad vascular periférica, HTA, diabetes y edad, además su tensión arterial no está controlada. Se programa para eco stress con dobutamina mañana...

Cx Vascular

Paciente en estudio prequirúrgico para endarterectomía carotídea, cardiología considera de alto riesgo coronario, por lo cual se le practica eco stress

Por lo anterior se programa una vez que las condiciones médicas sean las apropiadas y se descarte --- coronaria

ECOCARDIOGRAMA STRESS CON DOBUTAMINA

1. Ecocardiograma Stress Dobutamina maximal 100% negativo para isquemia miocárdica. 2. Respuesta presora hipertensiva y crono trópica adecuada. 3. Asintomático durante el estudio. 4. Procedimiento sin complicaciones.

CONCEPTO: *Paciente de bajo riesgo isquémico para cirugía. Puede ir a cirugía no requiere otros exámenes por cardiología, se agrega hidroclorotiazida para control de cifras tensionales...*

XII/10/05 Neurología

Paciente neurológico asintomático, no dolor facial (trigemino)

CER Descarte neurosífilis considero ---- de sífilis secundario, inicio manejo benzatina... se espera programación endarterectomía

10/Dic/05. 14+00. Cx Vascular

De acuerdo con valoración cardiológica se puede realizar procedimiento quirúrgico. Turno quirúrgico dependiendo de negatividad de pruebas de infección. J. MURCIA

Dic 10/05. 15+00. LCR Cultivo negativo a las 24 h. J. Murcia.

Dic/11/05. Cx Vascular. ID Oclusión carótida int. 75%. Pte con cuadro clínico estable no refiere sintomatología en el momento. Para la fecha no hay evidencia de positividad en cultivos por lo tanto se puede programar ya la endarterectomía carotídea. Se solicita turno Qx. J. Murcia.

...

Dic/12/05. Cx Vascular- *Paciente se programa cirugía para mañana 11 AM*

Pendiente valoración pre Qx por anestesia. Se explica tanto al paciente como a su hija el procedimiento y las posibles implicaciones. Se firma formato de consentimiento informado. J Murcia.

XII/12/05 Neurología. *Paciente sin dolor, refiere náuseas—vómita ---- no dolor abdominal. Hemodinamia estable, afebril hidratado. Cx neurológico normal" (f. 79 a 64 c. 2 pruebas)*

Conforme al anterior reporte de la historia clínica y a los apartes reseñados se evidencia de un lado que al ingreso a la Clínica Nueva el paciente Benito Espinel García además de la enfermedad cerebro vascular que padecía, motivo de la consulta, presentaba otras enfermedades de bastante gravedad como eran diabetes mellitus e hipertensión, aunado a ello el estado de obesidad y la edad del paciente (72 años), lo cual hacía más gravosa su situación, más aun teniendo en cuenta el tipo de cirugía que se le iba a practicar.

De otro lado, conforme a lo consignado en la historia clínica durante los días previos a la práctica de la intervención quirúrgica se evidencia que el médico vascular JORGE MEJIA, consulto con las otras especialidades para determinar la práctica o no de la cirugía, es decir, se tuvieron en cuenta todos los riesgos que podrían presentarse y si era prudente y oportuno realizar el procedimiento para contrarrestar la patología de oclusión carótida izquierda que presentaba el paciente Benito Espinel.

Es así como en la historia se señala que el 8 de diciembre se autorizó la cirugía, por lo cual se explicó al paciente y a su hijo los riesgos y beneficios del procedimiento, además se solicitaron estudios pre quirúrgicos y valoración por

cardiología y anestesia. En la valoración por cardiología realizada el mismo día se señala que es un paciente de alto riesgo para enfermedad coronaria por tener enfermedad vascular periférica, HTA, diabetes y edad, además su tensión arterial no está controlada, por lo cual se dispone la práctica de eco stress con dobutamina mañana, con cuyo resultado se concluye "Paciente de bajo riesgo isquémico para cirugía. Puede ir a cirugía no requiere otros exámenes por cardiología..", de igual manera se realizó previamente valoración por neurología.

Sobre este aspecto el médico neurólogo ALVARO MARIO HERNAN GUDIÑO BUSTAMANTE, declaró:

"Se hizo un estudio amplio prequirúrgico del paciente en cuanto a sus factores predisponentes y de importancia clínica mayor como son el estado funcional cardiovascular siendo valorado por cardióloga internista, practicándole estudio para determinar el riesgo coronario y cardiovascular los que fueron eco cardiograma, ecocardiograma estrés con dobutamina se analiza el riesgo cardiovascular considerando que don BENITO estaba dentro del grupo de alto riesgo de enfermedad coronaria por tener enfermedad vascular periférica (enfermedad carotídea sintomática, hipertensión arterial, diabetes y edad se agrega manejo médico previo a la intervención quirúrgica manteniendo las condiciones sistémicas estables y en condiciones para ser intervenido quirúrgicamente teniendo en cuenta que estos riesgos se pueden controlar mas no se pueden eliminar esta aproximación diagnóstica e intervención, se realizó desde su ingreso hasta el día exacto de la intervención quirúrgica el postoperatorio inmediato, además se realizaron los protocolos internacionalmente exigidos para todo tipo de intervención en particular para los pacientes de todas las comorbilidades de Don Benito un valoración por cardiología, internista y cumplimiento de las normas estandarizadas por el grupo de anestesiología, se realizó todos los estudios estándar para esta enfermedad y más aún se hizo énfasis en la parte cardiovascular la que estadísticamente tiende a complicarse, además el doctor cirujano realizó una valoración prequirúrgica analizando todas las condicionantes presentadas por el paciente e hizo una información hacia familiares del mismo.

Por tanto, no evidencia el despacho negligencia en la programación del procedimiento, es decir, se tomaron en cuenta todos los riesgos, y por ello se solicitó concepto de cada una de las especialidades involucradas, quienes manifestaron la posibilidad de realización de la intervención quirúrgica.

2) Pruebas testimoniales

2.1. El médico Neurólogo, ALVARO MARIO HERNAN GUDIÑO BUSTAMANTE, señaló:

"Se trata de un paciente adulto mayor de 72 años de edad, quien padecía una enfermedad sub aguda crónica (sic) con síntomas vertiginosos inestabilidad, en la que se le inicio el estudio diagnóstico de su sintomatología expresada por el paciente encontrándose efectivamente paciente con inestabilidad postular se le documentó dentro del estudio diagnostico una sífilis siendo esto una enfermedad infecciosa recibió tratamiento adecuado, además se le documento una enfermedad oclusiva carotídea clínicamente significativa según los estándares internacionales

con indicación de cirugía por tal razón fue interconsultado y luego tratado por un cirujano vascular el que tenía un adecuado entrenamiento que tenía para realizar este tipo de intervenciones la que se efectuó, cabe aclarar que todo acto médico conlleva riesgos inherentes al mismo y a las condiciones propias del paciente.” Preguntado sobre las condiciones previas del paciente contestó “la edad por sí sola es un factor de riesgo, hipertensión arterial, diabetes mellitus y sífilis, obesidad, enfermedad arterial oclusiva, neuralgia del trigémino, enfermedad cerebro vascular, multi infarto previo demostrado en la resonancia magnética.”

Respecto a los riesgos de la cirugía manifestó: “Existen riesgos inherentes a sus comorbilidades previas (enfermedades preexistentes de don Benito) como son la hipertensión, diabetes, posibilidad de complicaciones de estas mismas enfermedades a corto, mediano y largo plazo como son infartos, infecciones, pérdida o disminución de su funcionalidad e independencia inherentes al procedimiento quirúrgico como tal como son: la hemorragia, infecciones, complicaciones neurológicas en particular isquemias o infartos cerebrales sobre el territorio vascular del vaso sanguíneo intervenido puede considerarse que la arteria que presentaba enfermedad en don Benito (oclusión) se considera una arteria cerebral mayor supliendo la irrigación del 40-50% de la masa encefálica y además no se puede excluir la posibilidad de fallecer.

Preguntado por que causó el accidente cerebro vascular, contesto “A la sumatoria de comorbilidades como son la presencia de enfermedad cerebro vascular previa silente observada en resonancia el daño vascular crónico progresivo dado por la hipertensión, la diabetes, la dislipidemia y la edad que originaron que la luz del vaso carótida se halla (sic) obstruido alrededor del 75% y la consecuente desprendimiento de una placa aterosclerótica de esta obstrucción un riesgo estadísticamente previsible.”. (f. 1379 a 1382 c. 5)

2.- El Médico CARLOS ALBERTO DUQUE DELGADO, señaló:

Que intervino en el procedimiento quirúrgico del señor Benito Espinel como ayudante quirúrgico. que para el año 2005, el paciente Benito Espinel presentaba cuadros isquémicos transitorios y vertiginosos secundarios a una obstrucción del 75% de la arteria carótida izquierda; respecto a los antecedentes médicos del paciente refirió “este era un paciente de alto riesgo por presentar por presentar múltiples enfermedades como diabetes, hipertensión arterial, colesterol alto y sífilis”, que al mismo se le sugirió la práctica de una endarterectomía de carótida izquierda, que consiste en abrir la arteria para extraer las placas de atheroma (Colesterol que se acumula y obstruye las arterias) . Frente a las complicaciones del procedimiento contesto: “En el momento del acto quirúrgico no se presentó ninguna complicación pero en el post operatorio inmediato estando en la unidad de cuidados intensivos presentó un hematoma en el cuello por lo cual se reinterviene al paciente drenándose este hematoma.”. Respecto a las complicaciones indico que para el 2005, estas eran la posibilidad de un accidente cerebro vascular con déficit neurológico por desprendimiento de placas de atheroma, los hematomas en el cuello, otra muy frecuente con las infecciones e incluso llevan a la muerte. Indagado si era una cirugía fácil o compleja, contestó “Las endarterectomias (sic) carotideas son consideradas cirugías complejas por lo que se realizan en centros que cuenten con todos los servicios disponibles para llevar a cabo estos procedimientos como es el caso de la Clínica Nueva. (f. 1384 – 1387)

3.- EDGAR HERNÁN VÁSQUEZ ENCISO, médico especialista en medicina crítica o cuidado intensivo, refirió:

41

Una vez revisada la historia clínica señala que se trata de un paciente de 72 años quien ingresa con cuadro sincopal y una posible sífilis, a todo paciente se le pide una prueba BDRL, que fue positiva, hace un recuento de la situación del paciente Benito Espinel, indicando que lo hace con base en la historia clínica por que no estuvo en la cirugía, señala que para la época de los hechos, en diciembre de 2005 y enero de 2006, trabajaba como médico especialista en la unidad de cuidados intensivos, que conoció al paciente el 13 de diciembre de 2005 con diagnóstico post operatorio inmediato de revisión quirúrgica de cuello por hematoma cervical derecho, falla respiratoria secundaria, estenosis carótida izquierda corregida y un hematoma en estudio se encontraba con soporte ventilatorio y sedación y el plan era una extubación programada según su evolución; refiere que participo en la junta médica donde se informó situación actual del paciente con hemiplejía derecha, regular manejo de secreciones, y continuación con nutrición enteral con sonda nasogástrica y fisioterapia. Agrego, "Lo que puedo decir es que es un procedimiento de alto riesgo y complicaciones ya que era un paciente mayor con muchas comorbilidades, es decir era diabético, hipertenso, que se le informó previamente el procedimiento, las bondades y posibles complicaciones las cuales están registradas en el consentimiento informado y lamentablemente se presentaron y eso nadie lo puede determinar". (f. 1875 a 1879 c. 6)

Conforme a los anteriores testimonios de profesionales médicos se encuentra que el paciente Benito Espinel presentaba diferentes enfermedades – diabetes mellitus, hipertensión arterial y dislipidemia - que afectaban determinantemente su estado de salud y hacían aún más grave y difícil el tratamiento y recuperación establecido para la obstrucción de la carótida izquierda, sumado a ello su situación de ser una persona de tercera edad (72 años) y presentar obesidad.

Situación está advertida dentro del dictamen practicado por la Asociación Colombiana de Angiología y Cirugía Vascular, en el punto dos donde consignó: *"...como antecedentes patológicos relevantes los siguientes: diabetes mellitus tipo dos...; hipertensión arterial...; dislipidemia...; neuralgia del trigémino en tratamiento...; episodios múltiples cerebro vasculares isquémicos transitorios celulares...; neurosífilis, además se informa resección transuretral de próstata 10 años antes.*

Lo anterior implica que estamos ante un paciente con múltiples patologías en tratamiento, en principio la mayoría de ellas controladas, que aunque son independientes si aumentan el riesgo puesto que el organismo es único y su integralidad exige tomarlo como un todo.

Sin embargo, podría surgir el interrogante de porque se practicó la cirugía si habían tantos factores en contra de un buen pronóstico, y aquí es dable señalar que a juicio del médico vascular ese era el camino a seguir en procura de intentar un mejor nivel de vida y salud del paciente, sin embargo, tales riesgos

fueron expuestos a los hijos de don Benito Espinel, ante la eventual posibilidad de su acaecimiento.

Sobre este aspecto el médico Carlos Alberto Dueque, al ser indagado que hubiera pasado si al paciente Benito Espinel no se le hubiera practicado la endarterectomía, respondió *"En medicina no se puede asegurar ciento por ciento que va a pasar con los pacientes que tiene algún tipo de patología de base la mayoría de los pacientes que tiene una obstrucción del 75% de las arterias carótidas cursan tarde o temprano con accidente isquémicos cerebrales con secuelas neurológicas permanentes, incluso son causa de muerte"* (f. 1384 – 1387).

Igualmente en el dictamen ya mencionado, se solicitó indicar si era adecuado realizar en Benito Espinel una endarterectomía de la arteria carótida izquierda?

"... es cierto que había comorbilidades asociadas como la diabetes y la hipertensión pero éstas estaban controladas de acuerdo con los informes consignados en la historia clínica; se pensó además en patología cardíaca en valoración por la especialidad y por tal motivo se realizó electrocardiograma, luego del respectivo estudio la cardióloga tratante conceptúa que el paciente es de bajo riesgo isquémico y por tal razón da el visto bueno para el procedimiento..."

Hecha a consideración inicial del estado clínico del paciente Benito Espinel, de la estabilización clínica y sus comorbilidades, de la valoración cardíaca que delimitó el riesgo, la obstrucción de la carótida interna izquierda del 75%, de su esperanza de vida mayor a 5 años de acuerdo su estado y al control de las patologías asociadas y confrontándola con la evidencia científica hasta aquí reseñada no queda más que concluir que si era adecuado someter al paciente a la endarterectomía de la arteria carótida izquierda, obviamente con previa advertencia de los riesgos inherentes al procedimiento dentro del ámbito de incertidumbre propio del ejercicio médico".

3- Dictamen pericial presentado por la Asociación Colombiana de Angiología y Cirugía Vascular en donde se indica:

"1. Describa la dolencia que presentaba BENITO Espinel para el día 7 de diciembre de 2005. "...paciente que ingresa con cuadro clínico de vértigo crónico con múltiples episodios de accidentes cerebro vasculares transitorios que no ha respondido al manejo de antiagregantes plaquetarios y que además en resonancia nuclear magnética muestra imágenes de múltiples macroinfartos cerebrales subcorticales; además hay una neuralgia crónica e incapacitante del nervio trigémino que es independiente del problema vertiginoso".

3. Indique si Benito Espinel presentaba una obstrucción del 75% de la arteria carótida izquierda? *"En todas las notas iniciales tanto de ingreso como de valoraciones por las diferentes especialidades se encuentra la anotación de obstrucción de la arteria carótida interna izquierda del 75% con fundamento en doppler carotídeo previo... Para reafirmar lo anterior en el informe del acto quirúrgico realizado que obra a folio 29 de la historia*

42

clínica el cirujano anota como diagnóstico preoperatorio "Obstrucción carótida izquierda (75%) (1652)..."

6. Uno de los riesgos al realizar una endarterectomía es el denominado accidente cerebrovascular? *"... la respuesta a este interrogante es positiva puesto que el accidente cerebro vascular o ictus incapacitante o no es la principal causa de complicación de este procedimiento, con porcentajes aceptables hasta de un 6.5% en pacientes sintomáticos, según la evidencia científica, a pesar de toda la preparación perioperatoria que se realice y de la capacidad técnica del equipo quirúrgico; lo que es impredecible es la identificación del paciente que se complicara previo al procedimiento quirúrgico porque por la incertidumbre propia del ejercicio médico tal identificación individual es imposible.*

7. Indique si a Benito Espinel se le informó de los riesgos que corría al practicársele la endarterectomía y si dentro de ellos se encontraba el denominado accidente cardiovascular? *"Anotado lo anterior es necesario afirmar que con los documentos que están en la historia clínica enviada por la Clínica Nueva si aparece la constancia de que el paciente fue informado de los riesgos inherentes al procedimiento quirúrgico dentro del ámbito de riesgo terapéutico y aunque no consta específicamente que se haya hablado del accidente cardiovascular tampoco es posible afirmar rotundamente que no se hubiera hecho puesto que es otro de los riesgos inherentes específicos en un paciente con enfermedad arterioesclerótica sistémica."*

8. Indique si el hematoma presentado por Benito Espinel en el postoperatorio inmediato y realizado el 13 de diciembre de 2005, fue la causa del accidente cerebrovascular.

"... Algunos estudio no informan esta complicación pero en buena parte de los revisados es una constante, que en un porcentaje tolerable por las series informadas y aunque es una complicación que en muy pocos casos pone en riesgo la vida su mecanismo de daño básicamente esta dado por el compromiso de la vía respiratoria por la compresión que hace sobre los tejidos vecinos, pero lo que si es claro en todos los estudios es que ninguno lo considera causante de accidente cerebro vascular puesto que éste siempre se ha considerado como causado por embolización de fragmentos pequeños de la placa por émbolos que parten de esta por su ulceración en unos casos y en otros por la capacidad inflamatoria en la misma; es decir, similar causa que producen las microembolizaciones causantes de los AIT bien sea por pequeños fragmentos o por trombos que se generan por la capacidad inflamatoria de la capa.

En tal sentido atribuir al hematoma el accidente cerebrovascular perioperatorio no tiene evidencia científica que lo sustente cuando hay evidencia de causas de otra naturaleza y por tal razón es posible afirmar en el caso concreto que el hematoma no fue la causa de tal complicación.

10. Indique si se presentó alguna complicación durante la endarterectomía realizada a Benito espinel o durante la cirugía practicada durante el post operatorio inmediato el 13 de diciembre de 2005. *"Con fundamento en lo anotado en la historia clínica se puede afirmar que si se presentaron complicaciones especialmente en el primer procedimiento quirúrgico, esto es la endarterectomía: un ACV izquierdo manifestado en hemiparesia de hemicuerpo derecho y una complicación local por un hematoma de la herida quirúrgica que requirió una segunda intervención para su drenaje, último procedimiento de cual no se informa ninguna complicación inmediata ni posterior."*

11. Indique si Benito espinel para diciembre de 2005, presentó (muerte cerebral) o pérdida del cerebro en un 75%. *"Así que la única conclusión posible para dar respuesta a la pregunta, es que nunca hubo muerte*

cerebral, si hubo daño cerebral por el ACV que se presentó pero no es posible determinar un porcentaje que en todo caso nunca llegó al 75% y definitivamente fue menor al 50%."

12 Indique si el manejo de la endarterectomía realizada en la Clínica Nueva fue adecuado, y si el manejo posterior fue adecuado. *"Vistas así las cosas es posible afirmar que tanto la conducta inicial tomada, como el manejo de la complicación han estado orientados a buscar la mejor solución para el paciente dentro de las condiciones posibles que el sistema de salud ofrece; es decir, que han estado orientadas a la búsqueda del fin principal que es el bien del paciente, infortunadamente una complicación importante trunco los buenos propósitos y obligó a ampliar el campo de acción, ya no a evitar el ACV que de hecho se presentó sino a superar las secuelas negativas de éste. Entendido así se puede afirmar que fue adecuada."*

Considera el despacho que la entidad que realizó el dictamen pericial, esto es, la Asociación Colombiana de Angiología y Cirugía Vascular, es una entidad idónea para realizar el estudio atendiendo que justamente es esta la especialidad bajo cuya responsabilidad estuvo el tratamiento del paciente Benito Espinel García, y por tanto es digna de credibilidad.

Sobre la competitividad del cirujano JORGE MURCIA, en dicho estudio se señaló:

"Según la historia clínica, ampliamente citada, se trata del doctor Jorge Murcia; es de público conocimiento que se graduó como especialista en cirugía general hasta donde estoy informado en la década del 80 del siglo pasado en la Universidad nacional cuando su centro de formación era el Hospital San Juan de Dios de tan grata recordación; también es de público conocimiento que su centro de trabajo fundamentalmente es la clínica Navarra en la ciudad de Bogotá, institución que desde su comienzo ha tenido el servicio de cirugía vascular con un buen nivel de pacientes, además, hasta tengo información el Doctor Murcia es miembro de la Asociación Colombiana de Angiología y Cirugía Vascular y para su membresía la asociación exige como requisito tener el título de cirujano vascular; no sobra recordar que la cirugía vascular en Colombia es reciente aparición,..."

El análisis de la prueba obrante en el plenario no permite colegir que los demandados tenga responsabilidad alguna en las secuelas presentadas por el señor BENITO ESPINEL GARCÍA, en tanto se evidencia que la atención médico hospitalaria a él prestada desde el mismo momento que ingresó al centro asistencial se dio en forma diligente y adecuada, conforme a la lex artis.

El estudio de la historia clínica da cuenta del grave estado de salud que presentaba al paciente al momento en que fue recibido en la unidad de urgencias de la Clínica Nueva el día 7 de diciembre de 2005, no solo por la patología presentada por la cual fue remitido por consulta externa, sino por las comorbilidades que presentaba, las cuales ya han sido referidas con suficiencia en párrafos anteriores, por lo cual previos los estudios necesarios se procedió a la realización de la endarterectomía carótida izquierda.

43

Se puede concluir, entonces, que el señor Benito Espinel García, recibió la atención médica hospitalaria adecuada, siendo claro que la institución hospitalaria, desde el primer momento en que ingresó el paciente, colocó a su servicio todos los conocimientos y asistencia necesaria tendiente a recuperar el grave estado de salud que presentaba, lo que finalmente no fue posible. De suerte que no es factible colegir -como se afirma en la demanda- que el deterioro de la salud del paciente tuvo su origen en la negligencia y mala atención recibida en la Clínica Nueva, afirmación que se queda sin sustento probatorio.

6.3.4. Ahora bien, señala igualmente la parte demandante que hay responsabilidad de las demandadas atendiendo la infección hospitalaria aguda adquirida durante el tiempo que el señor Benito Espinel García permaneció hospitalizado en la Clínica Nueva, lo que le produjo grave deshidratación y consecuentemente daño en los riñones, limitación en varios de sus sentidos, por el tardío e ineficaz manejo médico y hospitalario que se le prestó al paciente Benito García Espinel, debido al defectuoso procedimiento practicado y el seguimiento realizado, la inadecuada intervención quirúrgica y la falta de equipos médicos necesarios.

Frente este cargo, resulta importante señalar que en efecto una vez el paciente egresa de la Clínica Nueva el veintiocho (28) de diciembre de 2005, siendo trasladado a su casa con todas las indicaciones médicas atendiendo el grave estado de salud del paciente, el treinta y uno (31) del mismo mes y año atendiendo que su situación se deterioraba progresivamente su familia acude a la Fundación Cardio Infantil al servicio de urgencias, en donde se diagnosticó "INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS NOSOCOMIAL EXTRAINSTITUCIONAL. INSUFICIENCIA RENAL AGUDA. DIABETES MELLITUS TIPO 2. HIPERTENSION ARTERIAL. SECUELAS ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR ISQUÉMICO. POSTOPERATORIO DE ENDARTERECTOMIA CAROTIDEA. ANEMIA NORMOCITICA NORMOCROMICA. DESEQUILIBRIO HIDROELECTROLITICO. DEPRESIÓN POSTQUIRÚRGICA. (folio 1 ss c. 7)

Atendiendo lo señalado por la institución hospitalaria Fundación Cardio Infantil se tiene que la infección presentada por el paciente es extrainstitucional, habiéndola adquirido o desarrollado durante el corto lapso que permaneció en su residencia con posterioridad a su egreso de la Clínica Nueva, como quiera, no se aportó prueba que indique lo contrario; este aspecto no fue motivo de debate en el dictamen pericial.

Dentro de la mencionada historia clínica de la Fundación Cardio Infantil se señala

"Paciente de 72 años de edad... manifiesta la familia que en las últimas 48 horas post hospitalarias, el paciente empieza a presentar deterioro de su estado clínico, con somnolencia, inapetencia deposiciones diarreicas múltiples no bien definidas, es valorado por el médico del PHD de su EPS quien lo encuentra deshidratado e hipotenso, deshidratado en malas condiciones generales. Se hace un cuadro hemático que muestra una leucocitosis importante de 23.940 con Bun: 180 y creatinina: 6.6. elevados relación prerenal gases arteriales con acidosis metabólica, se considera un proceso séptico, sin síntoma de respuesta inflamatoria sistémica, se pasa un catéter central, e inicia hidratación exhaustiva e inotropia y se traslada a la Unidad de Cuidado intensivo, durante tres días permanece allí. Se documenta un parcial de orina sugestible con una infección de vías urinarias, no se documenta otro foco... presenta episodios diarreicos nuevamente que se interpretan como disbacteriosis por uso de antibióticos, se inicia floratil con mejoría parcial de la diarrea se habla con la familia quienes refieren episodios crónicos de diarrea sobre todo asociada a lácteos, ... es valorado por gastroenterología quienes realizan coprológico seriado normal, se insiste en dieta libre de lácteos. (f. 1 c. 7)

b) Resumen de la Unidad de cuidados intensivos

paciente con cuadro clínico de 48 horas de evolución de astenia, adinamia, intolerancia a la vía oral, deposiciones diarreicas abundantes, fétidas sin moco, o sangre...

(...)

d) RESPUESTA INTERCONSULTA INFECTOLOGÍA

Paciente 72 años con antecedente de endarterectomía carotídea izquierda que dejó como secuela hemiparesia derecha. Ingresó deshidratado, asociado a deposiciones diarreicas fétidas cursando con insuficiencia renal crónica en el momento agudizada con antecedentes de importancia HTA y DM...

Tiene paraclínicos que demuestran leucocituria sin bacte—y leucocitosis, desviación a la izquierda y trombocitosis. Posterior a hidratación ha disminuido notablemente la leucocitosis. Actualmente en antibioterapia con pitazo para cubrimiento foco urinario, que corresponde a foco urinario, que corresponde a foco nosocomial extra institucional por antecedente. (f. 13 c. 7).

En este orden de ideas, encuentra el Juzgado que la infección urinaria presentada por el señor Espinel García, atendiendo lo consignado en la historia clínica de la Fundación Cardio Infantil no tuvo su origen en la atención médica recibida en la Clínica Nueva, indicativa de esta conclusión es lo consignado en dicho documento en donde desde el ingreso del paciente se indica que presenta infección "extra institucional", sin que se haya allegado medio probatorio que desvirtuara tal afirmación.

Así las cosas, se evidencia que la parte actora no logró desvirtuar la presunción de inocencia de las entidades demandadas, que no se cumplió con la carga de la prueba conforme a lo normado en el artículo 167 del Código General del Proceso y por tanto, ante la ausencia de prueba que determine la responsabilidad de las demandas, este Despacho denegará las pretensiones de la demanda.

44

7. COSTAS

Finalmente, no se condenara en costas, como quiera la actuación se inició en vigencia del Decreto 01 de 1984, de acuerdo con el cual se debe valorar bajo un criterio subjetivo el actuar de las partes y no objetivo como en aquel, al condenarse a quien es vencido en el proceso; y toda vez, que en este evento las partes no actuaron temerariamente no hay lugar a imponerlas.

En mérito de lo expuesto el Juzgado Sesenta y Seis Administrativo del Circuito Judicial de Bogotá – Sección Tercera, administrando Justicia en nombre de la República de Colombia, y por autoridad de la Ley,

RESUELVE

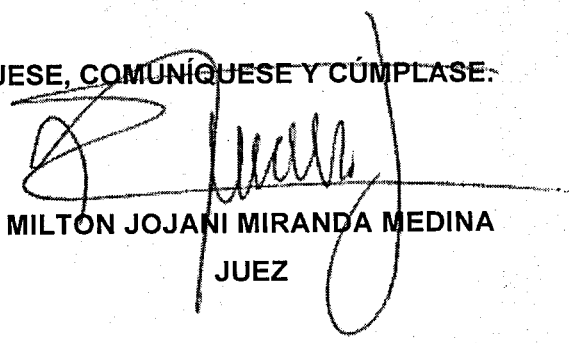
PRIMERO: NEGAR las pretensiones de la demanda de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.

SEGUNDO: Sin condena en costas.

TERCERO: A costa de la parte interesada, **EXPÍDANSE** las copias que sean solicitadas.

CUARTO: Ejecutoriada la presente providencia, por Secretaría **DEVUÉLVASE** al interesado el remanente de la suma que se ordenó para gastos del proceso si la hubiere, déjese constancia de dicha entrega y **ARCHÍVESE** el expediente.

CÓPIESE, NOTIFÍQUESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.


MILTON JOJANI MIRANDA MEDINA

JUEZ

Dygg.-

Firmado Por:

MILTON JOJANI MIRANDA MEDINA

JUEZ

**JUZGADO 066 ADMINISTRATIVO SECCIÓN TERCERA DE LA CIUDAD DE
BOGOTÁ, D.C.-SANTAFE DE BOGOTÁ D.C.,**

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

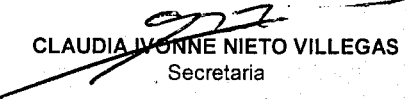
Código de verificación:

bc72a2d1968625601c116eea4f92fdd5b0537137fbd26f7c40c0e1ea1dafbdea

Documento generado en 10/08/2020 04:53:59 p.m.

**UZGADO 66 ADMINISTRATIVO ORAL DE BOGOTA D.C. -
SECCION TERCERA**

Hoy 01 de septiembre de 2020 se notifica la presente
providencia Mediante anotación en ESTADO ELECTRONICO
No. 016.


CLAUDIA IVONNE NIETO VILLEGAS
Secretaria