



TEMA	FALLA MÉDICA
RADICACIÓN	73001-33-33-005-2015-00260-00
MEDIO DE CONTROL	REPARACIÓN DIRECTA
DEMANDANTE	ZULY CAROLINA DÍAZ ARANDA Y OTROS
DEMANDADO	UNIDAD DE SALUD DE IBAGUÉ USI - ESE y PIJAOS SALUD EPS INDÍGENA
ASUNTO	SENTENCIA

Ibagué, seis (06) de julio de dos mil veinte (2020)

Procede el despacho, a proferir la sentencia que en derecho corresponda, dentro de la presente medio de control de REPARACIÓN DIRECTA promovido por ZULY CAROLINA DÍAZ ARANDA Y OTROS en contra de la UNIDAD DE SALUD DE IBAGUÉ USI - ESE y PIJAOS SALUD EPS INDÍGENA, mediante la cual solicitan un pronunciamiento judicial favorable, sobre las siguientes,

1. PRETENSIONES

PRIMERA: Se declare que la UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE USI - ESE y PIJAOS SALUD EPS INDIGENA son administrativa y solidariamente responsables de los daños causados a los demandantes ZULY CAROLINA DÍAZ ARANDA, NORMA ROCIO DÍAZ ARANDA, XIOMARA XIMENA DÍAZ ARANDA y los menores MICHELLE MARIANA RUBIO DÍAZ, DAVID SANTIAGO RUBIO DÍAZ Y DANIELA VALENTINA CARANTON DIAZ.

SEGUNDA: Como consecuencia de la anterior declaración, solicita condenar a las entidades a pagar en forma integral a las demandantes, las respectivas sumas de dinero por concepto de perjuicios morales y materiales conforme la liquidación presentada en el escrito de demanda.

TERCERA: Condenar a las demandadas a cumplir la sentencia en los términos de los artículos 192 y 195 del C.P.A.C.A. (Fls. 141-142).

El anterior petitum lo fundamenta la parte actora en los siguientes,

2. HECHOS

PRIMERO: El señor Juan Bautista Díaz Olivera (q.e.p.d.) el día 19 de noviembre de 2013 se sintió mal y sus parientes lo llevaron hasta la UNIDAD DE SALUD DE IBAGUÉ - E.S.E. INDÍGENA, sede Barrio El Salado, centro hospitalario al que ingreso a las 10 y 36 de la mañana.

SEGUNDO: El paciente presentaba como enfermedad alta tensión, angina inestable e hipertensión arterial.

TERCERO: A pesar del grave estado en que se encontraba el señor Juan Bautista Díaz Olivera, y que estaba en un Hospital de Nivel I siendo que la situación del paciente ameritaba que se le trasladara de inmediato a un Hospital de Nivel III, las demandadas demoraron más de tres (3) días para su remisión mientras la salud del paciente empeoraba hasta el punto de hacerse irreversible la recuperación.

CUARTO: Solo hasta el día 22 de noviembre a las 14:02, llega una ambulancia y el paciente es trasladado al Hospital Universitario Hernando Moncaleano en la ciudad de Neiva, en el que es atendido a las 16:50 horas con diagnóstico de abdomen agudo, indicando que el motivo de la consulta era paciente que hace 4 días presentaba distensión abdominal con drenaje por sonda nasogástrica de material fecaloide, y se diagnostica síndrome de obstrucción intestinal.

QUINTO: El señor Juan Bautista Díaz fallece el 2 de diciembre de 2013 a las 10:30 horas.

SEXTO: la EPS Pijaos Salud omitió dar atención medica integral al paciente Juan Bautista Díaz Olivera y desde el 19 de noviembre de 2013 cuando este ingreso a la Unidad de Salud de Ibagué USI ESE se desatendió del caso, negándole la atención medica que el paciente requería siendo que tenía la obligación legal de hacerlo por ser la EPS a la que se encontraba afiliado.

SÉPTIMO: Las demandadas no tuvieron la iniciativa de haber coordinado con la Secretaria de Salud del Municipio o del Departamento para lograr un cupo en uno de los Hospitales de mayor nivel, en el que se atendiera de manera rápida, urgente y prioritaria, el grave estado de salud que el paciente presentaba.

OCTAVO: Las hijas del señor Días Olivera, al ver la gravedad del estado salud dialogaban constantemente con los médicos y la enfermera jefe para que no lo dejaran morir y lo remitieran cuanto antes a un Hospital que presentara un mayor nivel de complejidad, hasta el punto de dialogar con un médico del Hospital Federico Lleras y este les consiguió cupo en ese centro hospitalario, pero los médicos tratantes de la USI - ESE Salado se negaron a remitirlo con el argumento de que Pijaos Salud no tenía convenio con dicho hospital y que le entregaban al paciente para que lo llevaran al Federico Lleras, pero tenían que firmar un documento de salida bajo su responsabilidad, que indicara que el paciente venia de la casa y no de la USI-ESE.

NOVENO: Por último, indica el apoderado que la actuación de los funcionarios de la Unidad de Salud de Ibagué USI — E.S.E. fue incuriosa desde el primer momento y se negaron a brindar la atención médica que el paciente ameritaba y su traslado a un Hospital de mayor complejidad de manera oportuna, y solo actuaron ante el clamor y el desespero de los parientes del señor Díaz Olivera, hasta el punto de que estos tuvieron que llamar a miembros de la Policía Nacional para que se le brindara la atención médica a su padre que se estaba muriendo en ese sitio (Fls. 142-144).

3. CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

La **UNIDAD DE SALUD DE IBAGUÉ - USI**¹ contestó la demanda oponiéndose a la prosperidad de las declaraciones; en cuanto a los hechos manifestó que algunos no le constaban y otros eran ciertos.

Como excepciones presentó las que denominó:

- INEXISTENCIA DE FALLA DEL SERVICIO MEDICO POR PARTE DE LA USI

El apoderado de la entidad demandada no argumento la excepción.

- INEXISTENCIA DE NEXO CAUSAL ENTRE LA ACTIVIDAD DE LA USI Y LA MUERTE DEL SR. DIAZ OLIVERA

Manifestó el apoderado de la UNIDAD DE SALUD DE IBAGUÉ USI ESE, que no hubo falla del servicio por parte de su representada, como tampoco hubo falta de oportunidad, diligencia y atención al paciente, ni falla del servicio médico o demora alguna en la atención.

Indicó que la USI actuó diligentemente frente a la sintomatología del paciente y de manera oportuna ordenó su remisión a segundo nivel, como acertadamente lo informa el análisis del Dr. Vanegas Cabezas aportado con la contestación como dictamen pericial de médico Forense.

Argumentó además que, la USI es una ESE de primer nivel de atención, es decir de baja complejidad, por lo tanto, dentro de sus competencias atendía al paciente y no podía hacer más de lo que hizo diligentemente, lo cual puede observarse al realizar la lectura de la historia clínica del paciente en donde se da cuenta de todas las maniobras de atención oportunamente practicadas.

Por último, señaló que la atención médica prestada a Juan Bautista Díaz Olivera fue adecuada, pertinente y oportuna.

¹ Fls. 185-206.

Por su parte, la entidad demandada **PIJAOS SALUD EPS INDÍGENA** contestó la demanda de manera extemporánea, según lo indicado en constancia secretarial visible a folio 259 del expediente, lo que se corrobora además al verificar que el término para tales efectos vencía el 30 de septiembre de 2016, y como puede observarse a folio 238 del cuaderno principal del expediente, la entidad allegó escrito de contestación el día 03 de octubre de esa anualidad, lo que a todas luces resulta extemporáneo.

Ahora bien, como se desprende del acta de audiencia inicial, el Despacho, por error involuntario tuvo por contestada la demanda de PIJAOS SALUD E.P.S. INDIGENA, y se le otorgó valor probatorio a los documentos allegados con el escrito de contestación, lo cual debe reconsiderar en esta etapa el Despacho, acogiéndose a los principios del debido proceso, lealtad procesal y seguridad jurídica, y de esta manera abstenerse de emitir pronunciamiento alguno basado en la contestación y material probatorio arrimado por esta entidad.

4. ACTUACIÓN PROCESAL

Por reparto, la presente demanda correspondió al Juzgado Quinto Administrativo del Circuito de Ibagué, el cual, mediante auto del 14 de julio de 2015 remitió el expediente al Juzgado Segundo Administrativo de Descongestión del Circuito de Ibagué, dando cumplimiento al Acuerdo No. PSATA15-089 del 08 de julio de 2015 del Consejo Seccional de la Judicatura del Tolima (Fl. 171).

Mediante auto proferido el 24 de septiembre de 2015, se admitió la demanda (Fl. 173). Notificadas en debida forma las entidades, las mismas procedieron a contestar la demanda y a proponer excepciones (Fls 185-206 y 238-251)².

Seguidamente, se fijó fecha por parte de este Despacho judicial para la diligencia de que trata el artículo 180 de la Ley 1437 de 2011, mediante providencia del 05 de mayo de 2017 (Fl. 261), la cual efectivamente se adelantó el día 14 de junio del mismo año.

En dicha diligencia se procedió a fijar el litigio, y a decretar las pruebas que fueran pedidas por las partes (Fls. 265-271). Posteriormente se procedió a realizar audiencia de pruebas, en donde se incorporaron piezas documentales al expediente, se recepcionaron algunos testimonios, se incorporó dictamen pericial (Fls. 359-399), y se ordenó finalmente correr traslado para alegar por escrito, derecho del cual hicieron uso las partes (Fls. 400-446).

5. ALEGATOS DE CONCLUSIÓN

La parte demandante señaló que, con los medios de prueba allegados al proceso, se logró demostrar la responsabilidad administrativa de las entidades demandadas, lo cual soporta la pretensión indemnizatoria incoada.

² PIJAOS SALUD E.P.S. INDÍGENA contestó la demanda extemporáneamente (Fl. 259).

Indicó que la falla en el servicio médico fue constatada en debida forma: la desidia y sobre todo la desatención médica más elemental llevó a que el día 2 de diciembre de 2013 falleciera el señor Juan Bautista Díaz Olivera, pues a pesar de haber sido llevado el día 19 de noviembre de 2013 a la USI ESE de Ibagué ubicada en el Barrio el Salado, de manera tardía, se detectó la pancreatitis (verdadero diagnóstico) que produjo la muerte del paciente, así como fue retardado y a destiempo la remisión del mismo a un hospital de mayor complejidad como el Hospital Universitario Hernando Moncaleano en la ciudad de Neiva, más de tres días después de haber sido recibido en la USI ESE y cuando ya la condición médica del paciente había empeorado al punto de que prácticamente era irreversible su muerte, pues como lo informó en audiencia el doctor Norvey Darío Ibáñez Robayo, el 22 de noviembre cuando el paciente fue remitido al Hospital de Neiva, ya tenía un APACHE de 32 puntos lo que da una mortalidad de 78 %.

Por lo demás, la USI ESE no le dio al paciente el manejo integral que requería, ya que ni siquiera se le practicó una auscultación de ruidos intestinales, además de que no se le practicaron otra clase de exámenes de laboratorio que el Hospital estaba en condiciones de brindar como amilasa, transaminasas, bilirrubina y fosfatasas alcalinas, que hubieran permitido diagnosticar oportunamente la pancreatitis, enfermedad por la cual finalmente fenece. Por su parte Pijaos Salud EPS Indígena no hizo nada ni siquiera lo necesario para el traslado oportuno del paciente.

A su turno, la demandada PIJAOS SALUD E.P.S. INDÍGENA, señaló que el servicio brindado fue realizado en forma pronta y oportuna; aseguró y garantizó la prestación del servicio de salud, lo cual era su obligación legal, y que se cumplió a cabalidad.

Indicó que en la demanda dentro de los hechos determinantes de la supuesta "falla del servicio", en ningún momento hace referencia a la falla el servicio de PIJAOS SALUD E.P.S., ya que dieron la atención requerida y tenían la red de servicios habilitada para tal fin, y por tanto realizaron las autorizaciones conforme a los protocolos establecidos y en relación con el sistema de referencia y contrarreferencia.

Solicitó que se desvincule del proceso a Pijaos Salud, toda vez que es una administradora del régimen de seguridad social, igualmente, que se nieguen todas las pretensiones, toda vez que las actuaciones de los prestadores de salud cumplieron los protocolos establecidos, al igual que PIJAOS SALUD, garantizó el principio de oportunidad de la prestación del servicio.

Por su parte, la UNIDAD DE SALUD DE IBAGUÉ "USI" E.S.E., solicitó negar las pretensiones de la demanda, considerando que las pruebas recaudadas no permiten hacer imputación de responsabilidad a la USI ESE por los perjuicios alegados, dada la inexistencia de falla del servicio y la ausencia de nexo causal.

Manifestó el apoderado de la entidad demandada que la atención prestada al Señor Juan Bautista Díaz fue oportuna y adecuada, y no hubo acción u omisión por parte de la USI ESE que pueda ameritar semejante responsabilidad, teniendo en cuenta que su prohijada es de primer nivel de complejidad en el sistema de atención en salud.

Argumentó que todo indicaba que la afección del paciente, por sus síntomas y antecedentes, era torácica, puesto que no tenía signos de irritación peritoneal, tal como consta en la historia clínica, y lo destaca en el dictamen pericial aportado por la USI ESE con la contestación de la demanda.

Por último, concluyó que se encuentra probado con soportes científicos que la atención al paciente fue adecuada, que no hubo falla médica, error ni demora en el diagnóstico; agregó que no hay nexo de causalidad entre la actividad desplegada por su representada y el daño alegado; así como que la remisión se produjo adecuadamente, el paciente no tenía probabilidades de sobrevivir a su enfermedad pancreática por la gran comorbilidad.

6. CONSIDERACIONES

6.1. COMPETENCIA

De conformidad con lo establecido en los artículos 155 numeral 6° y 156 numeral 6° de la Ley 1437 de 2011, resulta competente este Juzgado para conocer del presente debate procesal.

Ahora bien, en el desarrollo de las diferentes etapas procesales se ejerció un control de legalidad de las mismas (artículo 207 del C.P.A.C.A.), sin presentarse manifestación alguna por las partes u observarse por el Despacho vicios procesales que acarreen la nulidad del proceso e impidan proferir sentencia de fondo, procede el Despacho a proferir la sentencia de primera instancia que en derecho corresponda.

6.2. EXCEPCIONES DE MÉRITO

Como quiera las excepciones propuestas por UNIDAD DE SALUD DE IBAGUÉ USI E.S.E. (inexistencia de falla del servicio médico por parte de la USI e inexistencia de nexo causal entre la actividad de la USI y la muerte del SR. DIAZ OLIVERA), guardan estrecha relación con el fondo del asunto, su estudio y decisión se efectuará al momento de analizar la responsabilidad de la demandada.

6.3. PROBLEMA JURÍDICO

Procede el Despacho a determinar, conforme se estableció en la audiencia inicial, si las entidades demandadas son administrativa y patrimonialmente responsables por los perjuicios materiales e inmateriales causados a los demandantes, como consecuencia de una presunta indebida atención médica y hospitalaria dada al señor Juan Bautista Díaz Olivera, lo que a la postre generó su fallecimiento.

6.4. MARCO JURÍDICO DE LA RESPONSABILIDAD DEL ESTADO – FALLA DEL SERVICIO MÉDICO

Con la entrada en vigencia de la Constitución de 1991, se introdujeron cambios sustanciales en el desarrollo de la teoría estatal, de esta forma, el Estado colombiano pasó de ser un Estado de Derecho a un Estado Social y Democrático de Derecho, que como su nombre lo indica, buscó darle más preponderancia a la participación ciudadana, siendo uno de los pilares más representativos. El otro pilar, tiene que ver con la atribución taxativa que se le da al Estado de responder patrimonialmente por los daños antijurídicos causados por acción u omisión de sus autoridades públicas, previendo que este daño le sea imputable³, y no es que anteriormente se abstuviera de responder, es solo que con la entrada en vigencia de esta Carta Magna se dispuso en un articulado tal circunstancia. Con esto no solo se armoniza la esencia filosófica del Estado, sino que se propugna por la materialización de los derechos y garantías sociales.

El artículo 90 de la Constitución Política, que consagra la Responsabilidad Extracontractual del Estado, señala:

“El Estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas”.

“En el evento de ser condenado el Estado a la reparación patrimonial de uno de tales daños, que haya sido consecuencia de la conducta dolosa o gravemente culposa de un agente suyo, aquél deberá repetir contra éste.”

Dicho artículo insta la responsabilidad patrimonial del Estado cuando hay lugar a imputarle daños antijurídicos causados por la acción o por la omisión de las autoridades públicas. De igual forma habrá de señalarse que de acuerdo con el artículo anterior, para que exista responsabilidad del Estado, se requiere de la concurrencia de tres elementos fundamentalmente: (i) el daño antijurídico, (ii) la imputabilidad jurídica y fáctica de ese daño a un órgano del Estado y (iii) el nexo causal entre estas.

Frente a este primer elemento, el **daño**, la Honorable Corte Constitucional en diversos pronunciamientos ha establecido:

“La responsabilidad patrimonial del Estado, en nuestro sistema jurídico, encuentra fundamento en el principio de la garantía integral del patrimonio de los ciudadanos, y se configura cuando concurren tres presupuestos fácticos a saber: un daño antijurídico o lesión, definido como el menoscabo o perjuicio que sufre la víctima en su patrimonio o en sus derechos personalísimos, sin tener el deber jurídico de soportarlo; una

³ La “responsabilidad patrimonial del Estado se presenta entonces como un mecanismo de protección de los administrados frente al aumento de la actividad del poder público, el cual puede ocasionar daños, que son resultado normal y legítimo de la propia actividad pública, al margen de cualquier conducta culposa o ilícita de las autoridades, por lo cual se requiere una mayor garantía jurídica a la órbita patrimonial de los particulares. Por ello el actual régimen constitucional establece entonces la obligación jurídica a cargo del estado de responder por los perjuicios antijurídicos que hayan sido cometidos por la acción u omisión de las autoridades públicas, lo cual implica que una vez causado el perjuicio antijurídico y éste sea imputable al Estado, se origina un traslado patrimonial del Estado al patrimonio de la víctima por medio del deber de indemnización”. Corte Constitucional, Sentencia C-333 de 1996. Postura que fue seguida en la sentencia C-892 de 2001, considerándose que el artículo 90 de la Carta Política “consagra también un régimen único de responsabilidad, a la manera de una cláusula general, que comprende todos los daños antijurídicos causados por las actuaciones y abstenciones de los entes públicos”. Corte Constitucional, sentencia C-892 de 2001.

acción u omisión imputable al Estado, que se presenta cuando la Administración Pública no satisface las obligaciones a su cargo dentro de las circunstancias de modo, tiempo y lugar en que han sido fijadas; y una relación de causalidad, para que el daño antijurídico atribuido al Estado sea indemnizable, que exige que éste sea consecuencia del incumplimiento de las obligaciones de la Administración, esto es, desde una perspectiva negativa, que el daño sufrido por la víctima no se derive de un fenómeno de fuerza mayor o sea atribuible a su conducta negligente.”⁴

De igual forma, el alto Tribunal de cierre en lo Contencioso Administrativo precisa sobre este concepto de la siguiente forma⁵:

“El concepto del daño antijurídico cuya definición no se encuentra en la Constitución ni en la ley, sino en la doctrina española, particularmente en la del profesor Eduardo García de Enterría, ha sido reseñado en múltiples sentencias desde 1991 hasta épocas más recientes, como el perjuicio que es provocado a una persona que no tiene el deber jurídico de soportarlo.”

Se infiere entonces, que el daño como elemento principal de la responsabilidad, debe tener la connotación de antijurídico, pues es claro que no todo tipo de daño debe ser indemnizado, sino únicamente el que ha sido ocasionado a una persona ya sea por la acción u omisión de algún agente y el cual no se tiene el deber jurídico de soportar. Así mismo para que dicho daño pueda ser imputado al Estado, se hace necesario que sus hechos generadores sean probados con los elementos probatorios allegados al plenario, pues para conseguir la indemnización del perjuicio sufrido se requiere que el mismo esté debidamente estructurado.

En cuanto al segundo elemento de la responsabilidad, es decir la **imputación**, el Alto Tribunal ha analizado el concepto así:⁶

“En cuanto a la imputación, exige analizar dos esferas: a) el ámbito fáctico, y; b) la imputación jurídica, en la que se debe determinar la atribución conforme a un deber jurídico (que opera conforme a los distintos títulos de imputación consolidados en el precedente de la Sala: falla o falta en la prestación del servicio –simple, presunta y probada-; daño especial –desequilibrio de las cargas públicas, daño anormal-; riesgo excepcional). Adicionalmente, resulta relevante tener en cuenta los aspectos de la teoría de la imputación objetiva de la responsabilidad patrimonial del Estado. Precisamente, en la jurisprudencia constitucional se sostiene, que la “superioridad jerárquica de las normas constitucionales impide al legislador diseñar un sistema de responsabilidad subjetiva para el resarcimiento de los daños antijurídicos que son producto de tales relaciones sustanciales o materiales que se dan entre los entes públicos y los administrados. La responsabilidad objetiva en el terreno de esas relaciones sustanciales es un imperativo constitucional, no sólo por la norma expresa que así lo define, sino también porque los principios y valores que fundamentan la construcción del Estado según la cláusula social así lo exigen”⁷.

⁴ Corte Constitucional, Sentencia C-644 de 2011 Jorge Iván Palacio Palacio.

⁵ Consejo de Estado, Sección Tercera, Sentencia del 26 de mayo de 2011, Radicación No. 19001-23-31-000-1998-03400-01(20097), C. P. Hernán Andrade Rincón.

⁶ Consejo de Estado, Sección Tercera, Sentencia del 30 de enero de 2013, Radicación No.22455, C. P. Jaime Orlando Santofimio Gamboa.

⁷ Corte Constitucional, Sentencia C-043 de 2004, M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra.

Sin duda, en la actualidad todo régimen de responsabilidad patrimonial del Estado exige la afirmación del principio de imputabilidad, según el cual, la indemnización del daño antijurídico cabe achacarla al Estado cuando haya el sustento fáctico y la atribución jurídica. Debe quedar claro, que el derecho no puede apartarse de las "estructuras reales si quiere tener alguna eficacia sobre las mismas".

Frente a la imputabilidad, debe decirse que la misma es la atribución jurídica y fáctica que se le hace a la entidad pública del daño antijurídico sufrido por aquella persona que no debía soportarlo y por el cual tendría en principio que entrar a responder, bajo cualquiera de los títulos de imputación de los regímenes de responsabilidad, esto es, el subjetivo (falla en el servicio) u objetivo (riesgo excepcional y daño especial).

Finalmente, para poder determinar la imputación del daño, se hace imperioso esclarecer la relación de causalidad referida al **nexo** que debe existir entre la conducta activa u omisiva asumida por la entidad pública y las consecuencias que se generan de la misma, es decir, debe haber una relación causal entre el daño y el hecho generador de éste, motivo por el cual, este tercer elemento de la responsabilidad se establece como el eje conductor para establecer la correcta imputación de los perjuicios, pues debe aclararse que en ausencia del mismo, es imposible atribuir una responsabilidad extracontractual y patrimonial a la administración.

La falla del servicio surge entonces, cuando hay una infracción de las obligaciones en cabeza del Estado, ahora bien, frente a si la falla se presume o debe ser probada, el Órgano de cierre de la Jurisdicción Contencioso Administrativa, consolidó su posición al señalar que en el ejercicio de la actividad médica como en el caso bajo estudio, es la falla probada del servicio el título de imputación bajo el cual es posible configurar la responsabilidad estatal.⁸

En efecto, en pronunciamiento más reciente, el órgano de cierre de esta jurisdicción manifestó frente al título de imputación en casos como el que aquí se estudia en donde se alega la deficiente prestación del servicio médico⁹:

"En los casos de responsabilidad médica, la Corporación ha sentado su posición en el sentido de indicar que, deben analizarse bajo el tamiz del régimen de la falla probada, lo que impone no sólo la obligación de probar el daño del demandante, sino, adicional e inexcusablemente, la falla por el acto médico y el nexo causal entre esta y el daño, para lo cual puede valerse de todos los medios probatorios legalmente aceptados, entre los cuales cobra particular importancia la prueba indiciaria que pueda construirse con fundamento en las demás pruebas que obren en el proceso, sin perjuicio de que en los casos concretos el juez pueda, de acuerdo con las circunstancias, optar por un régimen de responsabilidad objetiva" (Resalta el Despacho).

⁸ Consejo de Estado, Sección Tercera, Sentencia de agosto 31 de 2006, Radicación No. 15772, C.P. Ruth Stella Correa. Otras providencias: Sentencia de octubre 3 de 2007, Expediente 16.402, C.P. Mauricio Fajardo Gómez; Sentencia del 23 de abril de 2008, Expediente 15.750; Sentencia del 1º de octubre de 2008, Expedientes 16843 y 16933, Sentencia del 15 de octubre de 2008, Expediente 16270. C.P. Myriam Guerrero de Escobar; Sentencia del 28 de enero de 2009, Expediente 16700. C.P. Mauricio Fajardo Gómez; Sentencia del 19 de febrero de 2009, Expediente 16080, C.P. Mauricio Fajardo Gómez; Sentencia del 18 de febrero de 2010, Expediente 20536, M.P. Mauricio Fajardo Gómez.

⁹ Consejo de Estado, Sección Tercera, Sentencia del dieciocho 18 de octubre de 2018, Radicación No. 19001-23-31-000-2006-00170-01(43526), C.P. Marta Nubia Velásquez Rico (E).

Cabe mencionar que la falla en el servicio probada, tiene especial relevancia en el escenario de la carga de la prueba, siendo obligación de quien la alega, comprobar la actuación contraria a los postulados de la *lex artis*, o el funcionamiento anormal, negligente o descuidado del servicio médico; siendo a cambio carga de la entidad, desvirtuar dichas imputaciones, a partir de la prueba de su ejercicio diligente y adecuado a las necesidades exigidas en cada caso. En otras palabras, la actividad probatoria debe estar encaminada a demostrar no solo el hecho y el daño, sino también el nexo de causalidad entre uno y otro, pues como se anotó previamente, se trata de un título de imputación subjetiva.

Debe entenderse además, que frente a la práctica médica el Consejo de Estado ha considerado que la misma:

“debe evaluarse desde una perspectiva de medios y no de resultados, lo que lleva a entender que el galeno se encuentra en la obligación de practicar la totalidad de procedimientos adecuados para el tratamiento de las diversas patologías puestas a su conocimiento, procedimientos que, por regla general, conllevan riesgos de complicaciones, situaciones que, de llegar a presentarse, obligan al profesional de la medicina al agotamiento de todos los medios a su alcance, conforme a la *lex artis*, para evitar daños mayores y, de así hacerlo, en ningún momento se compromete su responsabilidad, incluso en aquellos eventos en los cuales los resultados sean negativos o insatisfactorios para la salud del paciente, a pesar de haberse intentado evitarlos en la forma como se deja dicho”.¹⁰

Conforme lo anterior y teniendo en cuenta que en el presente asunto, se busca que se declare la responsabilidad de las demandadas al no haber dado un tratamiento adecuado y oportuno al señor Díaz Olivera de acuerdo al padecimiento que lo aquejaba, el Despacho estudiara bajo los parámetros de la falla probada en el servicio – pérdida de la oportunidad –, debiendo encontrar plenamente acreditados todos los elementos que conforman la misma.

6.4.1. RESPONSABILIDAD MÉDICA POR ERROR DE DIAGNÓSTICO

En el presente asunto, la parte demandante considera que existió un error en el diagnóstico que el galeno profirió respecto de la situación médica del señor Juan Bautista Díaz de la entidad que brindó la atención primaria, lo que conllevó al fatal desenlace del cual se pretende obtener una indemnización.

Ahora bien, respecto a la responsabilidad médica por error en el diagnóstico, el Alto Tribunal administrativo determinó lo siguiente¹¹:

“(…).

¹⁰ Consejo de Estado, Sección Tercera, Sentencia del 12 de febrero de 2014, Radicación No. 88001-23-31-000-2005-00050-01(34125), C.P. Carlos Alberto Zambrano Barrera y Sentencia del 24 de marzo de 2011, Expediente 18947, C.P. Hernán Andrade Rincón.

¹¹ Consejo de Estado, Sección Tercera, Sentencia del 27 de noviembre de 2017, Radicación No. 66001-23-33-000-2013-00147-01 (52993), C.P. Jaime Orlando Santofimio Gamboa.

“...Puede afirmarse que el diagnóstico es uno de los principales momentos de la actividad médica, pues a partir de sus resultados se elabora toda la actividad posterior conocida como tratamiento propiamente dicho.

De allí que el diagnóstico se termina convirtiendo en un elemento determinante del acto médico, ya que del mismo depende el correcto tratamiento o terapéutica.

Cronológicamente el diagnóstico es el primer acto que debe realizar el profesional, para con posterioridad emprender el tratamiento adecuado. Por ello bien podría afirmarse que la actividad médica curativa comprende dos etapas. La primera constituida por el diagnóstico y la segunda por el tratamiento. (...).”

A su vez, la fase correspondiente al diagnóstico se encuentra conformado por dos etapas, la primera es aquella donde se realiza la exploración del paciente, esto es, el examen o reconocimiento que va desde la realización del interrogatorio hasta la ejecución de pruebas, tales como palpación, auscultación, tomografías, radiografías, etc.; y en la segunda corresponde al médico analizar los exámenes practicados y emitir su juicio:

“En una primera etapa, o fase previa, se realiza la exploración del paciente, esto es, el examen o reconocimiento del presunto enfermo. Aquí entran todo el conjunto de tareas que realiza el profesional y que comienzan con un simple interrogatorio, tanto del paciente como de quienes lo acompañan y que van hasta las pruebas y análisis más sofisticados, tales como palpación, auscultación, tomografía, radiografías, olfatación, etc. Aquí el profesional debe agotar en la medida de lo posible el conjunto de pruebas que lo lleven a un diagnóstico acertado. Tomar esta actividad a la ligera, olvidando prácticas elementales, es lo que en más de una oportunidad ha llevado a una condena por daños y perjuicios.

En una segunda etapa, una vez recolectados todos los datos..., corresponde el análisis de los mismos y su interpretación...; se trata, en suma, una vez efectuadas las correspondientes valoraciones, de emitir un juicio...”¹².

Igualmente, esta Corporación ha sostenido que para que el diagnóstico sea acertado se requiere que el profesional de la salud sea extremadamente diligente y cuidadoso en el cumplimiento de cada una de las fases anteriormente mencionadas, esto es, que emplee todos los recursos a su alcance en orden a recopilar la información que le permita determinar con precisión cuál es la enfermedad que sufre el paciente.

(...).”

De igual forma, en el mismo pronunciamiento se establece que para imputar responsabilidad al Estado derivada de un error de diagnóstico, se requiere acreditar que el servicio médico no se prestó de forma adecuada por alguno de los siguientes motivos:

“i) El profesional de la salud omitió interrogar al paciente o a su acompañante sobre la evolución de los síntomas que lo aquejaban.

¹² Consejo de Estado, Sección Tercera, Sentencia de 10 de febrero de 2000, Exp.11878. Reiterado en Sentencia del 2 de mayo de 2016. Exp.36.517.

ii) El médico no sometió al enfermo a una valoración física completa y seria.

iii) El profesional omitió utilizar oportunamente todos los recursos técnicos y científicos a su alcance para determinar con precisión cuál es la enfermedad que sufre el paciente.

iv) El médico dejó de hacerle el seguimiento que corresponde a la evolución de la enfermedad, o simplemente, incurrió en un error inexcusable para un profesional de su especialidad.

v) El galeno interpretó indebidamente los síntomas que presentó el paciente.

vi) Existe una omisión de la práctica de los exámenes que resultaban indicados para el caso concreto.”

Establecido el régimen de responsabilidad aplicable al asunto de la referencia, se procederá a efectuar el análisis probatorio respectivo, a fin de determinar si se encuentra acreditado el daño antijurídico alegado en la demanda, y si el mismo resulta imputable a las accionadas.

6.5. HECHOS JURÍDICAMENTE RELEVANTES

Se aportaron al expediente los siguientes elementos probatorios:

1. El núcleo familiar del señor Juan Bautista Díaz Olivera (q.e.p.d.), se encontraba conformado de la siguiente manera (Fls. 4 - 11):

HIJAS	NIETOS
Zuly Carolina Díaz Aranda	Michell Mariana Rubio Díaz
Norma Rocio Díaz Aranda	David Santiago Rubio Díaz
Xiomara Ximena Díaz Aranda	Daniela Valentina Caranton Díaz

2. El señor Díaz Olivera. (q.e.p.d.) se encontraba afiliado a Pijaos Salud E.P.S. Indígena (Fl. 13).

3. Mediante sentencia del 14 de marzo de 2011, proferida por el Juzgado Primero Civil del Circuito de Ibagué, se ordenó a Pijaos Salud EPS-S Indígena que brindara al señor Juan Bautista Diaz Olivera, un tratamiento integral en salud (Fls. 122-126).

4. Según se consignó en la evolución, el señor Juan Bautista Díaz Olivera (q.e.p.d.) ingresó a la Unidad de Salud de Ibagué - USI, el día 19 de noviembre de 2013, a las 10:36 a.m. presentando como motivo de consulta “un cuadro de 2 días de evolución que se exacerbo hace 4 horas caracterizado por sensación de ahogo, acompañado de vómito, dolor tipo opresivo en tórax”, luego de lo cual, según evolución consignada en su historia clínica, se deja en sala de reanimación

en compañía de un familiar, luego de tomar electrocardiograma, muestras de laboratorio y colocar oxígeno (Fls. 13 y s.s.).

5. Evolución del día 19 de noviembre de 2013 a las 20:43, el señor Díaz Olivera refirió dolor abdominal; en la evolución del día siguiente a las 4:45 am se consignó que el paciente presentaba entre otras, abdomen blando depresible con leve distensión y dolor a la palpación en marco cólico. (Fls. 28 y s.s.).

6. Evolución del 23 de noviembre de 2013 a las 11:39 a.m., el médico ordenó el paso de sonda nasogástrica al señor Díaz Olivera, procedimiento que se realizó sin complicaciones observándose salida de materia fecal, luego de lo cual se ordena la toma de un Rx de abdomen simple; a las 16:52 del mismo día se consigna en la evolución del paciente que presenta posible obstrucción intestinal en deterioro de su estado general, por lo cual requiere manejo en un tercer nivel para manejo por cirugía (Fl. 33 y s.s.).

7. Según se consignó en la evolución, la remisión del señor Díaz Olivera a una institución empezó a tramitarse desde el 20 de noviembre de 2013, sin obtener resultados positivos ante la ausencia de camas disponibles y solamente hasta el día 22 de noviembre de 2013, a las 11:16 según se consignó, hubo respuesta favorable en el Hospital de Neiva, para el cual fue trasladado en ambulancia medicalizada a las 2 de la tarde del mismo 22 de noviembre. (Fls. 36 y s.s.).

8. El señor Juan Bautista Díaz Olivera (q.e.p.d.), ingresó al Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, el 22 de noviembre de 2013, a las 4:50 p.m. presentando distensión abdominal con drenaje por sonda nasogástrica de material fecaloide siendo diagnosticado con obstrucción intestinal y remitido a cirugía general (Fls. 60 y s.s.).

9. Según la historia clínica del señor Díaz Olivera (q.e.p.d.) en el Hospital de Neiva, el día 23 de noviembre de 2013 se le realizó una cirugía de laparotomía + colecistectomía + lavado peritoneal por pancreatitis necrohemorrágica, colecistitis y colecisto coledoclitiasis (Fls. 110-113), luego de lo cual es trasladado a la UCI en donde permanece en estado crítico y desde el 1° de diciembre de 2012 en estado muy crítico falleciendo al día siguiente, a las 10:30 a. m. luego de presentar paro cardiorespiratorio (Fls. 12 y 110).

10. Mediante petición del 11 de marzo de 2015, presentada por la señora Zuly Carolina Díaz Aranda ante el CRUET de la Secretaría de Salud del departamento, se solicita información sobre la atención del Señor Díaz Olivera (Fls. 127 - 128).

11. Con oficio No. 00002717 de 21 de abril de 2015, expedido por la Secretaría de Salud departamental, se da respuesta al derecho de petición del 11 de marzo de 2015 (Fls. 129-132).

12. Reposa a folios 363-372 del expediente, Historia Clínica del señor Juan Bautista Díaz Olivera, adelantada por PIJAOS SALUD E.P.S.

13. Autorizaciones de servicios de salud, expedidas por PIJAOS SALUD E.P.S., relacionadas con los trámites realizados al señor Juan Bautista Díaz Olivera (Fls. 296-320).

14. Reposo a folios 60-113 y 280-294 del expediente, la Historia Clínica del señor Díaz Olivera, adelantada por el Hospital Universitario Hernando Moncaleano E.S.E. de Neiva.

15. Se vislumbra a folios 13-59 y 322-347, Historia Clínica del señor Juan Bautista Díaz Olivera, adelantada por la Unidad de Salud de Ibagué.

16. Del dictamen pericial rendido por el doctor Norbey Darío Ibáñez Robayo¹³ se concluye:

"Paciente quien fue manejado en un 1 nivel de complejidad en la ciudad de Ibagué, donde estudiaron un cuadro de dolor torácico atípico para patología coronaria, con un examen físico abdominal ingreso normal, no hay reporte de auscultación de ruidos intestinales para realizar una impresión diagnóstica de íleo versus obstrucción intestinal, adicional quien presento síntomas y signos que sugerían patología intrabdominal, único estudio para esta patología fueron hemogramas y radiografía de abdomen simple, no tuvieron en cuenta el grupo etario para pensar en patología abdominal alta, diagnósticos diferenciales como, Úlcera perforada, Pancreatitis, Colecistitis, no hay reporte de toma de amilasa, fosfatasa alcalina, bilirrubinas ni transaminasas, ni ecografía hepatobiliar, fue tardío el inicio de antimicrobiano a las cincuenta y ocho (58) horas de su ingreso, primer orden de remitir a cirugía general a las treinta (30) horas de su ingreso, olvidando paciente mayor, con antecedente de patología coronaria, sin antecedentes quirúrgicos abdominales, probablemente candidato a laparotomía quien era una urgencia quirúrgica con necesidad de Unidad de Cuidados Intensivos, como también la primera anotación en la historia clínica analizada del estado de la remisión fue a las 58 horas de su ingreso. No aceptan paciente por no contar con red disponible en las instituciones de la ciudad como el HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA E.S.E, DIACORSA, otras instituciones de la ciudad sin disponibilidad para su aceptación, solo 72 horas después de su ingreso se logra que PIJAOS SALUD EPS., informa que fue aceptado en el hospital de Neiva. De su arribo al hospital de HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO, su diagnóstico ingresa a urgencias e intervenido quirúrgicamente, durante su estadía en la Unidad de Cuidados Intensivos se clasificó con un APACHE de 32 puntos, para una mortalidad del setenta y ocho por ciento (78%), con complicaciones inherentes de su condición de deterioro, fallece a los diez (10) días después de su llegada a la institución".

17. Los señores Alfonso Arturo Rubio Hernández, compañero de Zuly Carolina Díaz Aranda, Omar Bautista Romero y Saúl Santamaría González, relataron lo ocurrido el día de los hechos, además, de las relaciones afectivas entre el finado y su familia (Fl. 349 CD).

18. De la declaración rendida por el Dr. Fabio Enrique Polo Mendoza, de profesión médico quien trabajó en la UNIDAD DE SALUD DE IBAGUÉ - USI E.S.E., indicó que para la época de los hechos fue quien emitió el diagnóstico de obstrucción intestinal y realizó la

¹³ Fls. 114-121.

remisión a unidad de cuidados intensivos - cirugía. Agregó que fue la USI quien logró la ubicación del paciente en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva (Fls. 349 CD).

19. Del dictamen pericial rendido por el Doctor Germán Alfonso Cabezas¹⁴ se extrae lo siguiente:

"(...) debo separarme del concepto del Dr. Norbey Darío Ibáñez Robayo quien emite un concepto que estaba muy bien estructurado y argumentado hasta que finalmente posiblemente por no disponer de los elementos de experiencia necesarios que vuelca su conclusión tratando de establecer una responsabilidad en la Unidad de Salud de Ibagué que no le corresponde pues el paciente presenta importante modificación de su cuadro clínico inicialmente torácico de base cardíaco a una de tipo abdominal que sugería inicialmente obstrucción intestinal por lo cual se inicia el proceso de autorización de remisión, mismo que depende de las entidades receptoras potenciales y de la propia EPS que actúa con limitación contractual según se informó.

Es fundamental informar a la autoridad que pueda conocer sobre el proceso, que este paciente tiene antecedentes de enfermedad coronaria severa con evidencia de tener obstrucción superior a 90% en los tres vasos coronarios principales no susceptible de manejo de revascularización según aparece en la historia clínica.

Dado que las manifestaciones clínicas eran circunscritas al tórax y que inicialmente el paciente no acusaba ni dolor abdominal ni tenía signos de patología abdominal no era procedente realizar exámenes o pruebas específicas de laboratorio de entidades patológicas intraabdominales como pretende el médico Ibáñez en su informe; y es solo posteriormente cuando el paciente comienza a presentar signos y síntomas abdominales el día 20 de noviembre de 2013 cuando en la nota de la 08:10h se mencionan cambios abdominales interrogados, cuando se centra por lógica la atención y la búsqueda diagnóstica en patologías intraabdominales que apuntaban a obstrucción intestinal o ileo con desarrollo progresivo, y que más allá del diagnóstico específico que se procuró, lo que se necesitaba era la valoración por cirugía, servicio este ajeno al nivel de competencia de la Unidad de Salud de Ibagué, y por lo cual se hacía necesaria su remisión a un centro asistencial de mayor complejidad tal como se realiza por el personal de la Unidad de Salud de Ibagué, situación ésta (la remisión) que no se da en la forma pretendida por la falta de autorización de recepción en los hospitales y clínicas de mayor nivel, o por no disponibilidad de camas o por no tener contrato con la EPS, hechos todos estos ajenos a la voluntad y manejo de la propia Unidad de Salud de Ibagué, y que luego de las intensas gestiones para lograr la remisión se conoce que finalmente y luego de bastante tiempo de espera la misma se da al Hospital Universitario de Neiva Hernando Moncaleano.

Es por ello que debo apartarme de las conclusiones finales de responsabilidad de la Unidad de Salud de Ibagué, y me abstengo de pronunciarme sobre lo actuado en el Hospital Universitario de Neiva Hernando Moncaleano, por no ser llamado a manifestarme en tal sentido."

¹⁴ Fls. 211-224.

6.6. CASO CONCRETO

Ahora bien, del libelo introductorio puede señalarse que la parte actora considera que las demandadas incurrieron en una falla en la prestación del servicio médico, pues de haberse hecho un correcto diagnóstico al señor Juan Bautista Díaz Olivera y de haberse remitido oportunamente a un hospital de tercer nivel, no se hubiera muerto.

Por su parte, la UCI que prestó la atención primaria al paciente señaló, que no hubo ninguna falla en la prestación del servicio médico del personal de la entidad, pues por el contrario, el prestador de servicios actuó ciñéndose a los protocolos que indica la *lex artis* para este tipo de casos y no hubo ninguna negligencia o impericia de los médicos que tuvieron conocimiento del asunto, pues a su juicio el paciente llegó al sitio con síntomas y antecedentes cardíacos y luego los mismos fueron cambiando, frente a lo cual la entidad inmediatamente prestó la atención debida.

La demandada PIJAOS SALUD E.P.S. INDÍGENA, señaló que el servicio brindado fue realizado en forma pronta y oportuna; aseguró y garantizó la prestación del servicio de salud, lo cual era su obligación legal.

Atendiendo los anteriores parámetros, se procede a efectuar el análisis del caso atendiendo a los elementos necesarios para que se configure la responsabilidad de las entidades demandadas, así:

6.6.1. EL DAÑO

En este aspecto, este juzgador tiene por demostrado el daño alegado por la parte actora quien, como ya se anotó en los antecedentes, solicitó indemnización de perjuicios surgidos por el deceso del señor Juan Bautista Díaz Olivera.

Según el registro civil de defunción del señor Díaz Olivera falleció el 02 de diciembre de 2013 (FI. 10). De la historia clínica emitida por la Unidad de Cuidados Intensivos de la E.S.E. Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, se indica que el fallecido "súbitamente entra en paro cardiorrespiratorio, en ritmo cardíaco de asistolia, se inician maniobras de reanimación cardiocerebropulmonar avanzada durante 20 minutos sin respuesta. PACIENTE CON PRONOSTICO OMINOSO, CON PANCREATITIS NECROHEMORRAGICA DE ORIGEN BILIAR, EN EL MOMENTO CON ACIDOS METABOLICA SEVERA, AKIN 3, CUAGULOPATIA, NEUMONIA Y SDR SEVERA, QUIEN FALLECE A LAS 10:30 A.M. DEL DIA DE HOY (...)" (FI.102).

6.6.2. IMPUTACIÓN

Ahora bien, de conformidad con el análisis de los elementos de juicio allegados al proceso, este juzgador no observa una actuación tardía o errada, por parte de la UCI que brindó la atención primaria, por el contrario, del recuento probatorio antes transcrito se concluye que la atención médica suministrada al señor Juan Bautista Díaz Olivera fue oportuna y adecuada, toda

vez que como se observa al ingreso del mismo a urgencias el 19 de noviembre de 2013 a las 12 de la mañana, llevaba un cuadro de dos días de evolución, que se exacerbo caracterizado por sensación de ahogo, acompañado de vómito, dolor tipo opresivo en tórax, y negó otro tipo de sintomatología, al hacer el examen físico, entre otras observaciones el medico anotó ABDOMEN : NORMAL y sin datos de irritación peritoneal.

Así mismo, en la historia clínica se relacionó como antecedentes clínicos cateterismo en marzo de 2012, con obstrucción del 90 % de arterias coronarias y se ordenaron exámenes de ELECTROCARDIOGRAMA, CREATIN QUINASA, QUINASA TOTAL, CUADRO HEMATICO, HEMOGRAMA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA, HEMOGRAMA NITROGENO UREICO, POTASIO, RADRIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE Y TORAX, SODIO, TIEMPO DE PROTOMBINA, TROMBOPLASTINA PARCIAL y TROPONINA I, los anteriores exámenes se realizaron con el fin de buscar un diagnóstico y se inició el manejo con medicamentos.

El mismo día a las 16:45 horas llegan los reportes de laboratorio, con reporte de troponina negativa, a las 18:24 se dejó anotación sin complicaciones, no deposición y continuo como síntoma el dolor en el pecho, el mismo día a las 20:43 la doctora Jhazmín Andrea Carrillo ríos, en la descripción subjetiva anotó paciente con dolor abdominal y en la descripción objetiva manifiesta administrarle un enema vía rectal.

El día siguiente, esto es el 20 de noviembre de 2013 a las 4:45 de la mañana, se anota con disminución de dolor en el pecho, con leve distensión y dolor a la palpación en marco del cólico, el mismo día a las 8:10 de la mañana para ese momento el paciente refería sin dolor en el tórax y en la descripción objetiva al inspeccionar el abdomen se refiere distendido, timpánico, doloroso a la palpación, difícil determinar datos de irritación; a las 11:39 del mismo día ante la sintomatología presentada el medico de turno ordena pasar sonda naso gástrica procedimiento que se realizó sin complicaciones, y continua pendiente de rx de torax.

A las 16:52 horas del mismo día el Doctor Fabio Enrique Polo Mendoza ante el empeoramiento de las condiciones del paciente en la Historia Clínica señaló posible obstrucción intestinal en deterioro de su estado general, por lo cual ordenó manejo en un tercer nivel.

Luego el paciente es remitido para la toma de RX, a las 18:59, se realiza la interpretación de rayos x de tórax y abdomen, encontrando signos de obstrucción intestinal¹⁵ y cardiomegalia grado III¹⁶ con derrame pleural izquierdo¹⁷ (Fl. 37).

Al día siguiente, esto es, el 21 de noviembre de 2013 existen anotaciones a las 5:38 y 6:15, continua diagnosticando obstrucción intestinal, insuficiencia cardiaca congestiva, hipertensión arterial de base, insuficiencia renal estadio IIIB, encontrando a un paciente con salida

¹⁵ La obstrucción intestinal es un bloqueo que impide completamente o altera de manera importante el tránsito del contenido intestinal.

¹⁶ La cardiomegalia, también conocida como corazón grande, es una condición grave y difícil de tratar en donde el corazón aumenta su tamaño, ocurriendo con mayor frecuencia en ancianos, sin embargo, también puede ocurrir en adultos jóvenes o en niños con problemas cardíacos. Cuando el corazón se agranda se le dificulta bombear la sangre con suficiente fuerza para todo el organismo, provocando cansancio excesivo y falta de aire. <https://www.tuasaude.com/es/cardiomegalia/>

¹⁷ El derrame pleural es la acumulación anómala de líquido en el espacio pleural (el área entre las dos capas de la fina membrana que recubre los pulmones). <https://www.msmanuals.com/es-co/hogar/trastornos-del-pulm%C3%B3n-y-las-v%C3%ADas-respiratorias/trastornos-pleurales-y-del-mediastino/derrame-pleural>

RADICACIÓN: 73001-33-33-005-2015-00260-00
ACCIÓN: REPARACIÓN DIRECTA
ACTOR: ZULY CAROLINA DÍAZ ARANDA Y OTROS
ACCIONADO: UNIDAD DE SALUD DE IBAGUÉ USI Y PIJAOS SALUD ESP INDÍGENA

de material fecaloide por sonda nasogástrica, al examen de abdomen muy distendido, a tensión doloroso a su palpación generalizada y timpánico, adicionalmente manifiesta que se encuentra pendiente remisión a mayor nivel de complejidad, informando que el HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA Y DIACORSA no tienen convenio con PIJAOS SALUD EPS, CLÍNICA MINERVA Y NOGALES no tienen disponibilidad (Fl. 40).

A las 7:49 y 14:10 se revisa nuevamente al señor Díaz Olivera, encontrando signos vitales estables con drenaje de material fecaloide por sonda vesical, abdomen distendido, poco depresible con dolor a la palpación con sospecha de irritación peritoneal, registro en plan y manejo textualmente, "PACIENTE CON IDX DE OBSTRUCCION INTESTINAL EN PROCESO DE REMISIÓN, ACTUALMENTE QUIEN HASTA EL MOMENTO NO HA SIDO POSIBLE REMITIRLO DEBIDO A QUE NO HA SIDO ACEPTADO EN NINGUNA DE MAYOR COMPLEJIDAD, SE HA COMENTADO EL CASO A LA SECRETARIA SALUD MUNICIPAL Y A LA EPS DEL PACIENTE LA CUAL ES PIJAOS SALUD PERO HASTA EL MOMENTO NO HAN SOLUCIONADO ..." (Fl. 42).

Continuando con la atención brindada al señor Díaz Olivera, entre otras anotaciones la de las 22:33 horas de ese 21 de noviembre, encuentra al examen físico con mucosas semisecas, al examen de abdomen "DISTENDIDO GLOBOSO CON TIMPANISMO, DOLOR A LA PALPACIÓN BLUMBERG IONSINUADO¹⁸...", además oligurico, decide reforzar la hidratación con lactato ringer, inicia antibiótico, antitrombotico, y registra textualmente en la historia clínica: "PACIENTE EN PROCESO DE REMISIÓN SE HACEN EN MÚLTIPLES OCASIONES A LA RED DE IBAGUÉ Y RESPONDEN QUE NO DISPONIBILIDAD, SE COMENTA A HFLLA NO TENER CONVENIO CON EPS PIJAOS SALUD, SE COMENTÓ A LA CLÍNICA SHARON, CLÍNICA MINERVA, CLÍNICA EN LA DORADA REFIEREN DISPONIBILIDAD DE UG PERO NO DISPONIBILIDAD DEL SERVICIO DE CIRUGÍA SE CONTINUA TRÁMITE DE REMISIÓN, SE INSISTE A EPS AYUDA PARA LA UBICACIÓN, SE DILIGENCIA BITÁCORA TODAS LAS LLAMADAS REALIZADAS..." (Fl. 47).

El 22 de noviembre de 2013, a las 14:02 se lleva a cabo la remisión del señor Díaz Olivera a la E.S.E. Hospital Universitario Fernando Moncaleano Perdomo de Neiva, en donde a las 16:50, se realiza triage, diagnostico ABDOMEN AGUDO, motivo de consulta "REMITIDO DE IBAGUE POR OBSTRUCCION INTESTINAL, enfermedad actual PACIENTE QUE HACE 4 DIAS PRESENTA DISTENCION ABDOMINAL CON DRENAJE POR Sonda NASOGASTRICA DE MATERIAL FECALOIDE SE DIAGNOSTICA SINDROME DE OBSTRUCCION INTESTINAL" (Fl. 60).

A las 17:38, se lleva a cabo la revisión del paciente indicando que se trata de un "PACIENTE DE 81 AÑOS, REMITIDO DE IBAGUÉ, POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE APROXIMADAMENTE 5 DÍAS DE DOLOR ABDOMINAL DE INICIO EN EPIGASTRIO, INTENSO, QUE POSTERIORMENTE SE GENERALIZO, ASOCIADO A DISTENCIÓN ABDOMINAL Y AUSENCIA DE DEPOSICIONES. FUE MANEJADO EN SEGUNDO NIVEL DONDE DESCARTA PATOLOGÍA CORONARIA Y SE REMITE PARA VALORACIÓN POR CIRUGÍA GENERAL. TRAE CUADRO HEMATICO CON LEUCOCITOSIS 21500 CON NEUTROFILIA. RX DE ABDOMEN SIMPLE DE MALA CALIDAD APARENTEMENTE NORMAL, RX TÓRAX CON REFORZAMIENTO DE TRAMA VASCULAR PARAHILIAR Y CARDIOMEGALIA" (Fl. 63).

¹⁸ Dolor a la palpación de la fosa ilíaca derecha, con irritación peritoneal, de modo que se desencadena dolor al comprimir la zona y se incrementa, intensamente, hasta desaparecer, en fracciones de segundo, cuando se descomprime bruscamente al levantar la mano del médico. Es un signo exploratorio característico de la apendicitis aguda. <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/signo-blumberg>

El 23 de noviembre de 2013, a las 02:15, se observa anotación realizada por cirugía general, en donde se emite como diagnósticos post quirúrgicos pancreatitis necrohemorrágica y colecistitis (Fl. 65).

Posteriormente, en las fechas 23, 25, 27 y 28 de noviembre de 2013, realizaron diversos procedimientos entre ellos laparotomía, colecistectomía, lavado peritoneal, drenaje de peritonitis y empaquetamiento pancreático, conforme a lo indicado en las descripciones quirúrgicas (Fl. 67-70).

Así las cosas, como puede extraerse de la historia clínica de la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, se observa fecha de ingreso 23 de noviembre de 2013, con diagnósticos de: post operatorio de laparotomía más colecistectomía más lavado peritoneal, pancreatitis necro hemorrágica, colecisto coledocolitiasis resuelta, hipertensión arterial por historia clínica y necesidad de soporte vasopresor.

Los anteriores diagnósticos se modificaron hasta el 25 de noviembre de 2014 a las 16:30 donde presentó hipernatremia¹⁹ e hipercloremia²⁰ moderada, el día 26 de noviembre de 2013 a las 14:30 varían los diagnósticos por deterioro clínico: falla respiratoria hipoxémica, edema pulmonar agudo cardiogénico, choque mixto séptico/cardiogénico, hiponatremia hiposmolar hipovolémica, hipotiroidismo, diabetes mellitus tipo 2 con complicaciones macro y microvasculares y enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis, continua con igual diagnóstico desde el 26 hasta el 29 de noviembre 2013, durante el 29 de noviembre presento acidosis metabólica severa no compensada, insuficiencia renal crónica agudizada e hipernatremia moderada, el 1° de diciembre de 2013 adicionaron a los diagnosticos el síndrome de dificultad respiratoria del señor Díaz Olivera, atelectasia izquierda versus derrame pleural, falla orgánica múltiple, apache 32 puntos, neumonía multilobar (Fl. 60 - 70).

Por último, reposa en la historia clínica que el día 2 de diciembre de 2013 a las 10:30, el señor Díaz Olivera súbitamente entra en paro cardiorespiratorio, en ritmo cardiaco de asistolia, motivo por el cual se inician maniobras de reanimación cardiocerebropulmonar avanzada durante 20 minutos sin respuesta, derivando en el fallecimiento del paciente (Fl. 111-113).

De lo anterior, es posible concluir que tal y como se desprende de la historia clínica y del dictamen pericial efectuado por el doctor German Alfonso Vanegas, al ingresó a la UCI el paciente presentaba síntomas compatibles con los problemas cardiovasculares que padecía, frente a los cuales la unidad de primer nivel puso todos los elementos que tenía a su alcance para brindarle la atención requerida, tales como exámenes médicos, medicamentos y atención médica.

En efecto, a las 20:43 del día 19 de noviembre la doctora Jhazmin Andrea Carrillo Ríos, en la descripción subjetiva anotó paciente con dolor abdominal y en la descripción objetiva manifiesta administrarle un enema vía rectal, es decir, inició los tratamientos con destino

¹⁹ Aumento de la concentración sérica de sodio <https://empendium.com/manualmibe/chapter/B34.II.19.1.3.2>.

²⁰ Hipercloremia es un nivel elevado de cloruro en la sangre. <http://chemocare.com/es/chemotherapy/side-effects/hipercloremia.aspx>

al dolor abdominal presentado; así mismo se ordenaron los rx de tórax y de abdomen con el fin de establecer el origen de sus síntomas, luego el día siguiente se realizó sonda nasogástrica y se continuo tratamiento y se efectuaron los exámenes de tórax he inmediatamente se inició la remisión al tercer nivel.

Como se observa, durante la atención médica brindada en la UCI el paciente presentó sintomatología propia de las complicaciones que padecía cardiacas y posterior a ello complicaciones abdominales, para lo cual la UCI agotó los recursos a su alcance para determinar el diagnóstico del paciente.

Sobre la obstrucción intestinal²¹ con el fin de aclarar la definición y tratamiento de la patología la literatura médica señala:

“Definición

La obstrucción intestinal consiste en la detención del tránsito intestinal, de forma completa y persistente en algún punto del intestino delgado o grueso. Cuando no sea completa o persistente hablaremos de suboclusión intestinal.

Síntomas (1, 6)

Los síntomas y signos son muy variables y dependen, sobre todo, de la localización y la causa de la obstrucción, así como del tiempo transcurrido desde el comienzo.

El paciente típico con obstrucción intestinal aguda presenta un cuadro de retortijones, vómitos, distensión abdominal y alteración del ritmo intestinal. Sin embargo, como ya se mencionó en el capítulo de Abdomen agudo, esta presentación típica está ausente en un porcentaje de los ancianos y son frecuentes las presentaciones atípicas como caídas, delirium, etc.

Exploración física

— El examen general nos aporta datos de gravedad evolutiva, valorando la afectación del estado general, el estado de hidratación, la fiebre, la alteración del pulso y tensión arterial, así como la actitud en que está el paciente. Tempranamente, en el íleo mecánico complicado y, más tardíamente, en el funcional pueden aparecer signos de gravedad como shock y sepsis.

— Inspección: hay que inspeccionar el abdomen en busca de cicatrices de intervenciones previas y de hernias inguinales. Apreciaremos si el abdomen está distendido (de forma general en el íleo adinámico, o local en el íleo mecánico).

— Auscultación: previa a la palpación para no alterar la frecuencia de ruidos intestinales. Se valora la frecuencia y características de estos ruidos. Al principio presenta ruidos hidroaéreos aumentados, de lucha y metálicos (en intestino delgado), borborigmo (en intestino grueso) y en fases avanzadas silencio abdominal.

²¹file:///C:/Users/IBAJA02DEPU/Downloads/S35-05%2056_III%20(1).pdf

— Percusión: ayuda a evaluar la distensión dependiendo de su contenido, gaseoso (timpanismo) o líquido (matidez), y será dolorosa si hay afectación de las asas o peritoneo.

— Palpación: debe ser superficial y profunda, realizarse con extrema suavidad y comenzando siempre desde las zonas más distales al dolor. El dolor selectivo a la descompresión abdominal, considerado esencial en el diagnóstico de irritación peritoneal, está ausente en gran número de ancianos. El vientre en tabla puede estar ausente en muchos pacientes mayores, y el signo de rebote típico dependerá de la localización del proceso, de la integridad del sistema nervioso, así como de la velocidad de instauración del cuadro.

— Tacto rectal: detecta presencia o no de tumores, fecaloma o restos hemáticos y un fondo de saco de Douglas doloroso por afectación peritoneal. Debe realizarse después del estudio radiológico.

Diagnóstico

Ante la sospecha de obstrucción intestinal habrá que solicitar: Analítica

— Bioquímica y hemograma:

- La deshidratación producirá hemoconcentración.
- La leucocitosis indicará hemoconcentración o compromiso vascular.
- Anemia: puede ser debida a pérdidas crónicas por neoplasias.

— La amilasa sérica puede estar moderadamente elevada, así como la LDH en afectación isquémica de asas.

— Las alteraciones en la bioquímica (hiponatremia, hipocaliemia, acidosis/alcalosis metabólica, elevación de urea/creatinina) pueden ser:

- Consecuencia del secuestro de volumen.
- Causa metabólica responsable del íleo paralítico.

RX simple de abdomen

(...).

Ecografía abdominal

Uso controvertido por los artefactos que ocasiona el gas intestinal. No obstante, permite detectar asas edematizadas, patología biliar (íleo biliar), presencia de líquido libre peritoneal, abscesos así como patología renal causa de íleo reflejo.

Otros estudios

Enema opaco

Debemos solicitarlo ante la sospecha de una tumoración obstructiva o estenosante para diagnosticarla y comprobar el grado de obstrucción. En caso de vólvulo intestinal puede ser diagnóstico y terapéutico.

Colonoscopia

Menos útil por la difícil preparación colónica del paciente, pudiendo ser terapéutica en casos de vólvulos (sería el tratamiento de urgencia, y si fracasa la desvolvulación o se sospecha gangrena o perforación estará indicada la cirugía urgente) o diagnóstica (neoplasias).

TAC y RMN

Valoración de patologías no diagnosticadas por los anteriores medios, pues detectan dilatación diferenciada de asas, participación o complicación peritoneal y retroperitoneal.

Tratamiento (7)

Debe iniciarse ya durante la fase diagnóstica si existe alteración del estado general, del estado de hidratación y/o cardiopulmonar.

Íleo funcional

Iniciamos un tratamiento conservador mediante:

1. Dieta absoluta.
2. Reposición hidroelectrolítica, guiada por ionograma.
3. **Colocación de sonda nasogástrica aspirativa si existe dilatación de asas de delgado o vómitos asociados.**
4. Control de diuresis: valorar si precisa sondaje vesical.
5. Antibioterapia empírica:
 - Cefalosporina con actividad anaerobica (cefotaxima, cefoxitina).
 - Betalactámicos (**amoxicilina**-clavulánico, piperacilina-tazobactán).
 - Quinolonas (cipro o levofloxacino).

En la mayoría de los cuadros debidos a íleo paralítico y obstrucción por bridas este tratamiento será suficiente. Sin embargo, en las infecciones graves se recomienda:

- Carbapenemes (imipenem, meropenem, ertapenem).
- Clindamicina o metronidazol + aminoglucósido.
- Clindamicina o metronidazol + cefalosporina de 3.ª generación.
- Clindamicina o metronidazol + fluoroquinolona.

Si en 24-48 horas el cuadro no mejora o, por el contrario, empeora (aumento de la leucocitosis, del dolor o signos de irritación peritoneal) en el postoperatorio temprano estará indicada la cirugía urgente. En la pseudoobstrucción aguda colónica (síndrome de Ogilvie), al principio se seguirán las mismas pautas conservadoras asociadas a uso de descompresión por tubo rectal. En caso de no resolverse en cuatro-cinco días, se recomienda la descompresión colonoscópica. El retraso del

diagnóstico quirúrgico en obstrucción de intestino delgado tiene consecuencias nefastas, principalmente en pacientes mayores de 80 años y en mujeres, con un claro aumento de la mortalidad, así como aumento de la estancia hospitalaria." (Subraya y Negrilla del Despacho).

Del material médico transcrito es posible advertir, que el señor Juan Bautista Díaz Olivera se encontraba en principio sin síntomas que permitieran advertir que padecía obstrucción intestinal, en segundo lugar, que una vez se presentó el dolor abdominal el 20 de noviembre de 2013 a las 11:39, ante la sintomatología presentada el medico de turno ordena pasar sonda nasogástrica tal y como lo señala el anterior protocolo y a las 4:52 horas se ordena remisión a un tercer nivel.

Aunado a lo anterior, conviene resaltar que si bien se presentaron unas complicaciones, las que finalmente condujeron al fallecimiento del paciente, lo cierto es que en el expediente no obra prueba alguna con la cual se demuestre que esas complicaciones se suscitaron como consecuencia de una actuación tardía, irregular o reprochable a la entidad demandada.

Pues contrario a lo manifestado por la parte actora, de la historia clínica se observa que al paciente se le realizó un examen físico completo que incluyó revisión del abdomen sin que presentara ningún tipo de sintomatología hasta ese momento, es decir, el medico no ignoró la sintomatología que presentaba y realizó una valoración física completa.

De igual manera, se observa que en la medida en que se fue dando el cambio de sintomatología del paciente, los médicos que brindaron la atención en la UCI realizaron los exámenes necesarios para obtener un adecuado diagnóstico y en las diversas anotaciones de la historia clínica se observa que hicieron el respectivo seguimiento a la evolución de la enfermedad y a pesar de que fueron tratados, estas se sumaron a las demás patologías que padecía el paciente.

En ese sentido, advierte el Despacho que acogerá el dictamen pericial efectuado por el doctor German Vanegas, por cuanto al revisar la historia clínica se encuentra debidamente demostrado que el paciente una vez ingresó por urgencias, el día 19 de noviembre de 2013, el único síntoma que reportó a los médicos fue dolor en el pecho y adicionalmente tenía antecedentes de problemas cardiacos, frente a los cuales el medico ordenó efectuar exámenes médicos correspondientes, así como exámenes que le permitían advertir otro tipo de padecimientos, tal y como ocurrió.

En este punto, es importante traer a colación lo manifestado por el Doctor Vanegas, especialista que rindió dictamen pericial, el cual fue aportado con la contestación de la demanda presentada por la UNIDAD DE SALUD DE IBAGUÉ USI-E.S.E., para que obrara como prueba dentro del expediente, sobre el tratamiento recibido por el señor Juan Bautista Díaz Olivera, así:

"Debo separarme del concepto del Dr. Norbey Darío Ibáñez Robayo quien emite un concepto que estaba muy bien estructurado y argumentado hasta que finalmente

posiblemente por no disponer de los elementos de experiencia necesarios que vuelca su conclusión tratando de establecer una responsabilidad en la Unidad de Salud de Ibagué que no le corresponde pues el paciente presenta importante modificación de su cuadro clínico inicialmente torácico de base cardíaco a una de tipo abdominal que sugería inicialmente obstrucción intestinal por lo cual se inicia el proceso de autorización de remisión, mismo que depende de las entidades receptoras potenciales y de la propia EPS que actúa con limitación contractual según se informó.

Es fundamental informar a la autoridad que pueda conocer sobre el proceso, que este paciente tiene antecedentes de enfermedad coronaria severa con evidencia de tener obstrucción superior a 90% en los tres vasos coronarios principales no susceptible de manejo de revascularización según aparece en la historia clínica. Dado que las manifestaciones clínicas eran circunscritas al tórax y que inicialmente el paciente no acusaba ni dolor abdominal ni tenía signos de patología abdominal no era procedente realizar exámenes o pruebas específicas de laboratorio de entidades patológicas intraabdominales como pretende el médico Ibáñez en su informe; y es solo posteriormente cuando el paciente comienza a presentar signos y síntomas abdominales el día 20 de noviembre de 2013 cuando en la nota de la 08:10h se mencionan cambios abdominales interrogados, cuando se centra por lógica la atención y la búsqueda diagnóstica en patologías intraabdominales que apuntaban a obstrucción intestinal o ileo con desarrollo progresivo, y que más allá del diagnóstico específico que se procuró, lo que se necesitaba era la valoración por cirugía, servicio este ajeno al nivel de competencia de la Unidad de Salud de Ibagué, y por lo cual se hacía necesaria su remisión a un centro asistencial de mayor complejidad tal como se realiza por el personal de la Unidad de Salud de Ibagué, situación ésta (la remisión) que no se da en la forma pretendida por la falta de autorización de recepción en los hospitales y clínicas de mayor nivel, o por no disponibilidad de camas o por no tener contrato con la EPS, hechos todos estos ajenos a la voluntad y manejo de la propia Unidad de Salud de Ibagué, y que luego de las intensas gestiones para lograr la remisión se conoce que finalmente y luego de bastante tiempo de espera la misma se da al Hospital Universitario de Neiva Hernando Moncaleano."(Subraya del Despacho).

De la lectura del dictamen aportado por la UNIDAD DE SALUD DE IBAGUÉ USI-E.S.E., considera el Despacho que el mismo se ajusta a lo plasmado en la historia clínica, y que además aunque inicialmente se presentó como diagnóstico dolor en el pecho, el mismo varío en la medida en que la sintomatología varío hacia obstrucción intestinal, habiéndose tratado durante toda su estancia en dicha UCI, ambas patologías sin que puede de allí inferir que se presentó un error de diagnóstico.

Sobre el error de diagnóstico el H. Consejo de Estado²² ha manifestado:

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

²² Consejo de Estado, Sección Tercera, Sentencia del 29 de abril de 2015, Radicación No. 05001-23-31-000-1999-02059-01(40057), C. P. Ramiro Pazos Guerrero.

En efecto, todo el material probatorio demuestra fehacientemente la diligencia en el actuar médico para dar un diagnóstico definitivo, frente al cual también se encuentra probado que se inició el tratamiento y que se dispuso de los medios que tenían a su alcance y además la orden de remisión del paciente a un tercer nivel se realizó dentro de un término aceptable.

Por otra parte, aunque la parte actora allegó dictamen pericial efectuado por el galeno Norbey Darío Ibañez Robayo, médico especialista y auxiliar de la justicia, sobre el tratamiento recibido por el señor Díaz Olivera, en el cual señaló:

"Paciente quien fue manejado en un 1 nivel de complejidad en la ciudad de Ibagué, donde estudiaron un cuadro de dolor torácico atípico para patología coronaria, con un examen físico abdominal ingreso normal, no hay reporte de auscultación de ruidos intestinales para realizar una impresión diagnóstica de íleo versus obstrucción intestinal, adicional quien presento síntomas y signos que sugerían patología intrabdominal, único estudio para esta patología fueron hemogramas y radiografía de abdomen simple, no tuvieron en cuenta el grupo etario para pensar en patología abdominal alta, diagnósticos diferenciales como, Úlcera perforada, Pancreatitis, Colecistitis, no hay reporte de toma de amilasa, fosfatasa alcalina, bilirrubinas ni transaminasas, ni ecografía hepatobiliar, fue tardío el inicio de antimicrobiano a las cincuenta y ocho (58) horas de su ingreso, primer orden de remitir a cirugía general a las treinta (30) horas de su ingreso, olvidando paciente mayor, con antecedente de patología coronaria, sin antecedentes quirúrgicos abdominales, probablemente candidato a laparotomía quien era una urgencia quirúrgica con necesidad de Unidad de Cuidados Intensivos, como también la primera anotación en la historia clínica analizada del estado de la remisión fue a las 58 horas de su ingreso. No aceptan paciente por no contar con red disponible en las instituciones de la ciudad como el HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA E.S.E, DIACORSA, otras instituciones de la ciudad sin disponibilidad para su aceptación, solo 72 horas después de su ingreso se logra que PIJAOS SALUD EPS., informa que fue aceptado en el hospital de Neiva. De su arribo al hospital de HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO, su diagnóstico ingresa a urgencias e intervenido quirúrgicamente, durante su estadía en la Unidad de Cuidados Intensivos se clasificó con un APACHE de 32 puntos, para una mortalidad del setenta y ocho por ciento (78%), con complicaciones inherentes de su condición de deterioro, fallece a los diez (10) días después de su llegada a la institución". (Subraya del Despacho)

Contrario a la manifestado por el medico Norbey Darío Ibañez, este Despacho considera que se encuentra probado que con los exámenes inicialmente ordenados en la atención primaria al paciente se pudo establecer el padecimiento que lo aquejaba, pues desde el inicio de su atención se le ordeno en el RX de torax y de abdomen exámenes que permitieron a los galenos determinar la obstrucción intestinal, valga la pena precisar que antes de estos resultados se había ordenado la remisión del paciente al tercer nivel.

Así mismo, en el informe quirúrgico del 23 de noviembre de 2013, se dejó anotado "páncreas indurado con extensa área necrohemorrágica vesícula biliar de paredes necrosas con múltiples cálculos en su interior en el cístico y en el colédoco" es decir, este padecimiento se presentaba hace mucho tiempo sin tratamiento, de hecho, al ingresar a la UCI el paciente, se anotó en la historia clínica que el cuadro ya presentaba dos días de evolución.

En efecto, el estado de salud del señor Juan Bautista Díaz Olivera empeoró, como quiera que presentaba varios padecimientos: falla respiratoria hipoxémica, edema pulmonar

agudo cardiogénico, choque mixto séptico/cardiogenico, hiponatremia hiposmolar hipovolémica, hipotiroidismo, diabetes mellitus tipo 2 con complicaciones macro y microvasculares y enfermedad renal crónica estadio 5 en hemodiálisis esto adicionalmete, sumado a las complicaciones propias de con su avanzada edad (81 años), hasta que finalmente el 2 de diciembre falleció, esto es diez días después de ser intervenido.

Aunque la parte actora indicó que si a la víctima del daño se le hubiese realizado desde primer momento un el diagnostico indicado, no se habría ocasionado la muerte del paciente, lo cierto es que no se aportó al proceso medio de prueba alguno con el cual se acredite que por no habersele practicado la laparotomía, colecistectomía, lavado peritoneal, drenaje de peritonitis y empaquetamiento pancreático desde un primer momento, esa situación desencadenó las complicaciones presentadas y posteriormente la muerte del paciente.

Con respecto del cumplimiento de la carga probatoria que le asiste a la parte demandante, el Consejo de Estado²³ ha señalado:

"En relación con la carga de la prueba tanto de la falla del servicio como del nexo causal, se ha dicho que corresponde al demandante, pero dicha exigencia se modera mediante la aceptación de la prueba indirecta de estos elementos de la responsabilidad a través de indicios.

(...).

La responsabilidad estatal por fallas en la prestación del servicio médico asistencial no se deriva simplemente a partir de la sola constatación de la intervención de la actuación médica, sino que debe acreditarse que en dicha actuación no se observó la lex artis y que esa inobservancia fue la causa eficiente del daño. (...)" (subrayado fuera del texto original).

Así las cosas, no es posible endilgar responsabilidad a las entidades demandadas, por cuanto, se reitera, su actuación fue oportuna y diligente, dado que el diagnóstico fue acertado y los tratamientos a los que fue sometido el paciente estuvieron acordes con la patología presentada, sin que se hubiese demostrado en el proceso alguna irregularidad en la prestación del servicio médico de la cual se pueda señalar que tuvo la entidad suficiente para señalar que de allí se le resto la posibilidades de vida del señor Juan Bautista Díaz Olivera.

Por consiguiente, no se encuentra elementos probatorios que permitan inferir en el presente caso la existencia de una falla del servicio imputable a las demandadas, de tal suerte que al no acreditarse la imputación del daño antijurídico al Estado, resulta claro que no se configuró uno de los elementos estructurantes exigidos para comprometer la responsabilidad patrimonial de la Administración.

²³ Consejo de Estado, Sección Tercera, Sentencia del 30 de octubre de 2013, Radicación No. 08001-23-31-000-1991-06344-01(22076), C.P. Ramiro Pazos Guerrero.

6. COSTAS

El artículo 188 del C.P.A.C.A. sobre la condena en costas, señala que en la sentencia se dispondrá sobre la condena en costas, cuya liquidación y ejecución se regirán por las normas del Código de Procedimiento Civil; pese a ello y como quiera que el compilado normativo antes mencionado fue derogado por el Código General del Proceso, serán estas las normas aplicables en el caso concreto para la condena y liquidación de costas.

Ahora bien, el artículo 365 del C.G.P. dispone que se condenará en costas a la parte vencida en el proceso, o a quien se le resuelva desfavorablemente el recurso de apelación, súplica, queja, casación, revisión o anulación que haya propuesto.

En el presente caso, se observa que fue las pretensiones fueron despachadas desfavorablemente, razón por la cual, de conformidad con el Acuerdo No. PSAA16-10554 del 2016, expedido por el Consejo Superior de la Judicatura, se fijarán las agencias en derecho a cargo de la parte accionante y a favor de la entidad demandada, en la suma equivalente al tres por ciento (3%) de las pretensiones de la demanda.

En mérito de lo expuesto, el **Juzgado Doce Administrativo Mixto del Circuito Judicial de Ibagué**, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

RESUELVE:

PRIMERO: NEGAR las pretensiones de la demanda, por los motivos expuestos en esta providencia.

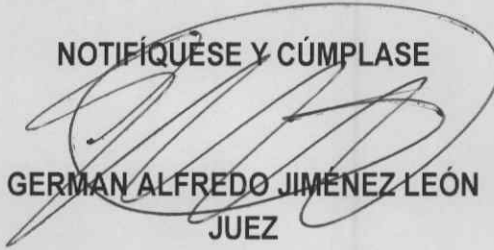
SEGUNDO: CONDENAR en costas a la parte accionante, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 188 del C.P.A.C.A. y 365 del C.G.P., para lo cual se fija como agencias en derecho a cargo de la parte accionante y a favor de la entidad demandada, en la suma equivalente al tres por ciento (3%) de las pretensiones de la demanda.

TERCERO: Para efectos de la notificación de la presente sentencia, se ordena que por Secretaría se realice conforme lo dispone el artículo 203 del C.P.A.C.A.

CUARTO: En firme este fallo, efectúense las comunicaciones del caso para su cabal cumplimiento y archívese el expediente, previa anotación en el sistema informático "Justicia Siglo XXI".

QUINTO: Liquidense los gastos del proceso y, si hubiere remanentes, devuélvanse a la parte demandante.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE


GERMAN ALFREDO JIMÉNEZ LEÓN
JUEZ

