



**República de Colombia**  
**Rama Judicial**  
**Tribunal Administrativo del Tolima**  
**Mag. José Aleth Ruiz Castro**

Ibagué, dos (02) de diciembre de dos mil veintiuno (2021)

Radicación N°:	73001-33-33-001-2017-00157-01
Interno:	0280-2021
Medio de Control:	REPARACIÓN DIRECTA
Demandantes:	MARIA DILIA MEDINA CASTILLO Y Otros
Demandado:	HOSPITAL SAN RAFAEL ESE DEL ESPINAL Tol.
Tema:	Falla médica

## I- ASUNTO A DECIDIR

De conformidad con lo establecido en los artículos 153 y 243 del C.P.A.C.A., procede esta Sala Oral de Decisión a resolver el recurso de apelación interpuesto por los voceros judiciales de los extremos procesales en contra de la sentencia proferida por el Juzgado Primero Administrativo Oral del Circuito de Ibagué el 04 de marzo del año en curso, mediante la cual se negaron las pretensiones de la demanda.

## II- ANTECEDENTES

### 1. Pretensiones (fols. 27 y s.s. c. Ppal.):

*“PRIMERA: Que se declare que el hospital San Rafael del Espinal E.S.E., es administrativamente responsable de los perjuicios materiales (Daño emergente y lucro cesante actual y futuro), y daños morales causados a la señora MARIA DILIAN MEDINA CASTILLO, ALBERTO SANCHEZ y JOHAN SEBASTIAN SANCHEZ MEDINA, MARIA DILIA en representación de la menor ANA MARIA SANCHEZ MEDINA, por responsabilidad médica - falla en la atención médica brindada en el primer diagnóstico, impericia y negligencia que condujeron a la postre a la muerte de su hijo HARRISON STID SANCHEZ MEDINA. En las circunstancias de tiempo y lugar referidas en el capítulo titulado “Hechos” de esta demanda.*

*SEGUNDA: Se condene en consecuencia al Hospital San Rafael E.S.E. a compensar los perjuicios materiales (Daño emergente y lucro cesante actual y futuro), y daños morales causados a sus dolientes, la señora MARIA DILIA MEDINA CASTILLO, ALBERTO, SANCHEZ (sic) y JOHAN SEBASTIAN SANCHEZ MEDINA, MARIA DILIA en representación de la menor ANA MARIA SANCHEZ MEDINA, así:*

a)

(...)

f) *La entidad demandada condenada, deberá pagar a mis mandantes el valor de los perjuicios debidamente indexados, consultado para el efecto el I.P.C.*

*g) Se condene a la entidad demandada a pagar intereses comerciales de Ley sobre las sumas a que se contraigan las condenas de perjuicios antes solicitadas, dentro de los seis (6) meses siguientes a la ejecutoria de la sentencia y de mora con posterioridad a dicho plazo.*

*h) En la sentencia y frente a la indemnización, a los perjuicios materiales solicitada, se diferenciará el lucro cesante consolidado del lucro cesante futuro”.*

## **2. Fundamentos fácticos (fols. 29 – 31 c. ppal.)**

Como fundamento de sus pretensiones, el apoderado de la parte accionante expuso los siguientes hechos relevantes que esta Sala se permite sintetizar en los siguientes términos:

1. El día 14 de diciembre de 2015 a las 10:58 a.m. fue llevado a urgencias del Hospital San Rafael del Espinal Tolima, el señor HARRISON ESTID SÁNCHEZ MEDINA, de 19 años de edad, quien manifestó sus padres que sufría fuertes dolores en sus piernas, que el dolor era tan fuerte que no permitía que le tocaran las extremidades inferiores, que sus piernas se enfriaban y de la cintura hacia abajo sudaba copiosamente, síntomas que se le comunicaron al galeno de turno, quien solo le escucho los síntomas y manifestó a su acompañante que el joven era un perezoso y que esos síntomas eran de flojera y de pereza, que debería hacer ejercicio, terminó a consulta recetándole unas pastas y medicinas (tramadol y dipirona) para el dolor, otorgándole salida sin más tratamientos ni exámenes.

Señala que las drogas que le fueron formuladas al paciente, según autoridades científicas, fueron peores que la enfermedad, pues al suministrar los dos letales medicamentos puso en peligro la vida del paciente que murió posiblemente a la fatídica aleación (sic) de la enfermedad tropical.

Lo anterior, porque a juicio del apoderado actor, ello lo revela lo consignado en la historia clínica, al indicar que el paciente presentó hipotensión, un episodio de diaforesis y cianosis generalizada con posterior asistolia, síntomas que son resultados adversos o contraindicaciones al suministro de la droga fatídica, máxime cuando no se practicó examen alguno, inicialmente para diagnosticar la enfermedad del paciente, ni menos para medicarle los calmantes del dolor.

2. El galeno que atendió al paciente consignó en su historia clínica: “paciente con dolor osteomuscular en brazos y piernas, al examen físico afebril, hidratado, consideró cuadro de dolor por cuadro viral, se considera manejo analgésico”.
3. El paciente fue enviado a su casa situada en el sector rural vereda La Arenosa de Chicoral, pero sus dolencias eran constantes, la droga suministrada no hacía su efecto, el día jueves 17 de diciembre de 2015 a las 12:35 horas tuvo que ser llevado nuevamente por urgencias del hospital, en reconsulta (sic), por la misma sintomatología, donde indican que el paciente no permite exploración vertebral por el intenso dolor que le aquejaba.
4. Señaló que los mismos síntomas se presentaron en la consulta inicial, sin que el médico tratante le hubiese ordenado exámenes para tener un argumento sólido y efectivo en el tratamiento del paciente. Agregó que, en esta segunda consulta, la atención fue buena, y le ordenaron, aunque ya tardíos exámenes de laboratorio, cuando ya la enfermedad estaba minando su vida de manera lenta e inexorable, y el médico que lo atendió dejó de diagnosticar en forma

oportuna y eficiente al paciente que hubiera podido salvar su vida si lo atiende otro profesional de la salud.

5. Un simple examen rutinario, básico, paraclínico, hubiera orientado al profesional sobre el origen de la enfermedad que fustigaba al paciente, o la simple consulta al galeno internista o jefe de turno, hubieran podido salvar la vida del paciente.

### **3.- Contestación de la demanda (fls. 168 - 174 c. ppal.).**

Obrando dentro de la oportunidad legal, el Hospital San Rafael ESE del municipio del Espinal, a través de su apoderada, se opuso a las pretensiones de la demanda, aceptó parcialmente algunos de los hechos del petitum, negó otros, y defirió los demás a las resultas del proceso, y enfatizó que, según concepto médico, al paciente se le atendió adecuadamente la patología presentada, según síntomas indicados el 14 de diciembre de 2015, y para ello se estableció un plan de manejo con analgésicos e hidratación, e igualmente se le manifestó que según la evolución de los síntomas debía reconsultar, lo cual no sucedió, pues si bien ingresó nuevamente al hospital, esto fue a través del servicio de urgencias, cuando el paciente se encontraba ya en condiciones críticas de salud. Agregó que, para la fecha de los hechos, la evolución natural de las infecciones virales en Colombia presentaba de manera creciente un aumento de incidencia en casos de comportamientos atípicos, pues no se presentó en este caso los síntomas clásicos para el grupo de enfermedades transmisibles por vectores.

En sentir de la apoderada de la demandada el daño no se causó por la conducta del Hospital San Rafael, pues dicho centro de atención prestó sus servicios médicos al señor Harrison Stid Sánchez Medina conforme como los protocolos médicos, y si bien la parte actora censura una presunta falla en la prestación del servicio, considera que los elementos probatorios allegados al expediente no son suficientes para acreditar una indebida prestación del servicio médico, ya que no se señala en qué consistió la falla y cuál fue el protocolo que se omitió atender; por el contrario, advirtió que de acuerdo con la historia clínica, el hospital atendió la patología descrita por el paciente en su primer ingreso el 14 de diciembre de 2015 a la institución, conforme con los protocolos de atención médica hospitalaria relacionados con la patología presentada a sus dolores de pierna y posible cuadro viral.

Destacó que la muerte del paciente ocurrió por causas propias de la patología que presentó y no por la conducta negligente del hospital accionado, por ello asevera que hay ausencia de responsabilidad por aplicación de los protocolos para la atención de enfermedades virales.

Señaló la apoderada del hospital accionado que dentro del proceso la parte **actora** no probó que en la atención brindada por el Hospital del Espinal al señor Harrison no cumplió con los estándares de calidad fijados por el estado del arte de la ciencia médica y mucho menos acreditó que el servicio médico que se le prestó no se cubrió en forma diligente, pues a juicio de la defensa del hospital se encuentra probado que la atención brindada al paciente en la primera y segunda consulta se encuentra conforme con los protocolos médicos de atención, como da cuenta la historia clínica y el concepto médico.

### **3.2. Llamadas en garantía**

#### **3.2.1 La Previsora S.A. Compañía de Seguros (fls. 183 – 185 c. ppal. 1)**

A través de mandatario judicial la llamada en garantía manifestó que de ser desfavorable la sentencia a la Compañía de Seguros Las Previsoras S.A., esta solo responderá hasta el monto pactado y establecido en la póliza 1001936, siempre y cuando estuviere vigente al momento de la reclamación, es decir, teniendo en cuenta la aplicación de la cláusula Claims Made. Así mismo menos los deducibles correspondientes. Igualmente, hasta la disponibilidad del valor asegurado que exista al momento en que se deba cumplir la sentencia de ser el caso. Refirió que no se aporta el certificado de la precitada póliza, vigente al momento de la reclamación, en consecuencia, no existe cobertura y no puede exigirse indemnización alguna a la aseguradora llamada en garantía.

Se opuso a las pretensiones de la demanda y la estimación de perjuicios elevadas por la actora, en consideración a que, conforme a los hechos referidos y fundamento de las pretensiones, así como a lo argumentado por el Hospital demandado se puede determinar que no le cabe responsabilidad al ente asegurado, considerando que el cobro de los perjuicios es confuso y no existe obligación legal, contractual o extracontractual por parte del hospital ni de la aseguradora de indemnizar a los actores por ausencia de presupuestos fácticos y legales para ello.

Finalmente propuso las excepciones que denominó de responsabilidad de un tercero, indebida valoración de los daños y perjuicios, inexistencia de cobertura de la póliza por operancia de la cláusula Claims Made.

#### **4.- La sentencia impugnada** (fls. 226 – 237 c. ppal. 2).

Lo es la proferida por el Juzgado Primero Administrativo del Circuito de Ibagué, el 04 de marzo del año en curso, por medio de la cual negó las pretensiones de la demanda, al estimar que el Hospital demandado no es administrativa ni patrimonialmente responsable por los perjuicios causados a los demandantes como consecuencia de la muerte del joven Harrison Estid Sánchez Medina (q.e.p.d.).

Luego de desatacar algunos de los registros médicos consignados en la historia clínica del paciente, los resultados de laboratorio realizados *pos mortem* al paciente, así como el concepto médico emitido por el coordinador del servicio de urgencias del Hospital San Rafael del Espinal ESE, y del médico Anderson David Peña Mendoza, médico de urgencias que atendió en las dos oportunidades que el extinto asistió a consulta a dicho centro hospitalario, la jueza de primera instancia encontró acreditado el primer presupuesto de responsabilidad, esto es, el daño antijurídico, constituido por la muerte del paciente ocurrida el 17 de diciembre de 2015 a las 18:00 horas, de acuerdo con el registro civil de defunción.

Al abordar el presupuesto de imputación del daño a la entidad accionada enfatizó que es necesario determinar si los profesionales que brindaron los servicios cumplieron con los protocolos y parámetros jurisprudencialmente establecidos para atender al paciente, vale decir, si se interrogó al paciente o a su acompañante sobre la evolución de los síntomas; si se realizó una valoración física completa y seria; si se utilizaron oportunamente todos los recursos técnicos a su alcance para confirmar o descartar un determinado diagnóstico; si se hizo el seguimiento de la evolución de la enfermedad; si se incurrió en un error inexcusable para un profesional de su especialidad, y ante su incumplimiento de alguno de los anteriores factores, establecer si ello conlleva una casualidad suficiente para la producción del daño.

Respecto de la primera actuación señaló que en las dos consultas realizadas al paciente por el hospital demandado fue indagado por su dolencia, reiterando el dolor lumbar que lo aquejaba, ante lo cual el médico tratante realizó el correspondiente reporte. Frente a la valoración médica física completa precisó que en la historia clínica se evidencia el examen físico correspondiente, donde el médico que lo atendió reportó en la primera consulta un paciente en condiciones generales estables, afebril, hidratado, sin dificultad respiratoria; y para la segunda oportunidad, paciente en buen estado general, con dolor en región lumbar de intensidad 10/10, por lo que se encontraba en camilla, sin fiebre. Sobre la utilización de recursos técnicos al alcance señaló que en la primera consulta el diagnóstico fue claro relacionado con dolor lumbar, por lo cual dio tratamiento ambulatorio; en la segunda consulta se detectó persistencia del dolor lumbar, con intensidad mayor, y ante la imposibilidad de un diagnóstico claro, se le prescribió una serie de exámenes y radiografías para establecer el padecimiento, acotó que la enfermedad que causó el deceso, para la fecha de las consultas médicas, era totalmente desconocida, por lo que no existían protocolos frente a ella.

En cuanto al seguimiento de la evolución de la enfermedad señaló que el paciente permaneció en el hospital desde el análisis por triage, donde fue catalogado con prioridad II hasta que fue superada la urgencia, remitiéndole medicamentos y tratamiento en su hogar, así como recomendaciones sobre consulta en caso de persistir el dolor. Finalmente, en cuanto a si se incurrió o no en error inexcusable en el ejercicio de su labor, advirtió que el profesional médico que atendió al paciente actuó conforme a los síntomas que el paciente le indicó, ordenando los exámenes de rigor.

Señaló finalmente que la prestación de los servicios médicos genera una obligación de medios y no de resultado, dando lugar a una responsabilidad que hacen parte del régimen subjetivo, es decir, debe probarse la falla, lo que a juicio de la operadora judicial no se evidencia de las pruebas legalmente allegadas, pues no existe ningún medio probatorio que permita con certeza inferir los errores alegados frente al servicio médico prestado.

##### **5. - Fundamentos de la impugnación (fls. 250 - 257 c. ppal.1.)**

Oportunamente el vocero judicial del extremo activo impugnó la sentencia de primer grado, indicando que el paciente fue calificado para atención TRIAGE II, que según la Resolución No. 5596 del 24 de diciembre de 2015 expedida por el Ministerio de Salud se clasifica en 5 etapas, es decir, que el paciente estaba en alto riesgo, faltando el médico de turno o incurriendo en mala praxis, contrario a lo manifestado por la defensa de los demandados, e inclusive por los galenos tratantes y director de urgencias.

A juicio del recurrente, existió una falla en el servicio si el médico tratante de urgencias vuelve y diagnostica los mismos síntomas, solo que, en la segunda ocasión, tardíamente ordena exámenes clínicos para orientar el cuadro, hecho que omitió en su primera consulta y que a la postre resultó nefasto, pues le generó la muerte por no determinar oportunamente la enfermedad que le aquejaba, y que el médico Anderson David Peña Mendoza, con solo dos años de experiencia, sin tener la sapiencia ni el consentimiento idóneos y prácticos para enfrentar situaciones de enfermedades tropicales, aunado a que ellos mismos el director de urgencias y el mismo médico manifiestan que desconocían el tratamiento y los síntomas de tan letal enfermedad, y ante tal desconocimiento debieron recurrir a un especialista, u otro centro hospitalario de mejores conocimientos y recursos para tratar esta enfermedad que les era desconocida, situación que omitieron, causando el deceso del paciente.

Aseveró el recurrente que fue tardía la atención y el uso de los recursos y el mal manejo del paciente que no fue asistido de inmediato, sino que fue enviado a laboratorio, tiempo valioso perdido, pues el paciente entró en estado agónico, con cianosis generalizada, y el galeno, en lugar de practicarle maniobras de reanimación pulmonar, le envió a que “chuzaran” para las pruebas de laboratorio, siendo ello tardío porque la muerte era inevitable.

Señaló que tales exámenes sin duda le habrían salvado la vida al paciente, resultando entonces para el apoderado recurrente que fue este el nexo causal que determinó la muerte del paciente que debió imputarse a la demandada.

Recordó que en la audiencia de pruebas el médico Buriticá Moncaleano, coordinador del servicio de urgencias del hospital demandado, con base en la historia clínica señaló que desconocía los protocolos y el tratamiento de la enfermedad, y se pregunta, si dicho médico, con años de experiencia en epidemiología se declara sin ningún apremio, desconocer el tratamiento para una enfermedad tropical como es el chikunguña, qué puede esperarse de un galeno joven e inexperto con tan solo un año de practica como profesional, concluyendo que el paciente murió por falta de experiencia médica, por no utilizar los recursos tecnológicos a su alcance, pues no se agotaron, ni se emplearon recursos tecnológicos para dar un diagnóstico más o menos claro o certero para tratar la enfermedad; y si se desconocía el origen de la enfermedad, de los síntomas, debió apoyarse en el director de urgencias, con 20 años de experiencia, aun cuando este manifiesta que tampoco conocía el tratamiento para enfermedades tropicales.

En síntesis, los puntos atacados en la alzada son los relativos a la falla del servicio o nexo causal no encontrado por el Juzgado de instancia, y que el recurrente enuncia en los siguientes términos:

- El médico no utilizó los medios científicos o recursos tecnológicos a su alcance (exámenes de laboratorio en primera consulta).
- El médico omitió seguir la enfermedad compleja del paciente clasificado en alto riesgo de morir, no le practicó exámenes, no lo dejó en observación, en espera de los resultados, cuando el área de urgencias de un hospital permanece siempre vacía o al menos con capacidad para salvar y seguir la evolución de la enfermedad con seis días de dolor intenso que refirió el paciente y los acompañantes.
- Aunque el médico y la jueza señalan que en primera consulta se veía claramente al paciente en perfecto estado de salud, tal aseveración es contraria a la realidad, pues nadie recurre a urgencias sin justificación, si fue a urgencias es porque la enfermedad lo exigía, de ahí su clasificación en TRIAGE II.
- Al segundo examen, señala el despacho, el paciente entró en general, en buenas condiciones físicas, alerta, consciente, pero ante la imposibilidad de establecer el origen de la misma dolencia que padecía hacía 9 días, le ordena exámenes de laboratorio (ya tardíos, el paciente agoniza) y sin embargo el paciente fue pasado a laboratorio, en lugar de ser atendido por el galeno, inclusive omitiendo el deber de socorro, y de ayuda.
- La falta de experiencia del médico de urgencias llevó al traste con la vida del paciente.
- El médico y el hospital no trasladaron al paciente a la EPS que estaba atendiendo al paciente.
- El médico ni el hospital ordenaron el traslado del paciente a otro centro hospitalario de mayor nivel para que fuera atendido por especialistas, pues el epidemiólogo y el médico tratante manifestaron su desconocimiento del

tratamiento como de la enfermedad, debieron entonces remitirlo y no dejarlo que muriera sin atención médica adecuada.

### **III. TRAMITE EN SEGUNDA INSTANCIA**

Por auto del 10 de junio de 2020<sup>1</sup> se admitió el recurso interpuesto por el apoderado judicial de los accionantes, y según constancia del 09 de julio próximo pasado el expediente ingresó al despacho para proferir sentencia de conformidad con lo dispuesto en el artículo 247 num. 5º del CPACA, y Ley 2080 de 2021<sup>2</sup>, toda vez que no hubo pruebas por practicar en esta instancia.

### **IV. CONSIDERACIONES DEL TRIBUNAL**

#### **1. Competencia.**

Es competente esta Colegiatura para desatar el recurso de alzada contra la sentencia proferida el 04 de marzo del año en curso por el Juzgado Primero Administrativo Oral del Circuito de Ibagué, según voces de los artículos 153 y 243 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, al definir que son apelables las sentencias de primera instancia proferidas por los jueces administrativos.

#### **2. Definición del recurso**

En el asunto *sub examine* la competencia del *ad quem* se limita a los puntos de inconformidad planteados por el apoderado recurrente en contra de la sentencia de primera instancia, conforme a lo dispuesto en el inciso 1º de los artículos 320 y 328 del Código General del Proceso.

#### **3. Problema jurídico.**

Corresponde a la Sala determinar, si acertó el Juzgado de instancia en desestimar la responsabilidad administrativa y extracontractual por falla en el servicio médico imputada al Hospital San Rafael ESE del Municipio del Espinal Tolima, que ocasionó el fallecimiento del señor HARRISON STID SANCHEZ MEDINA el día 17 de diciembre de 2015 a las 18:00 horas, y, en caso afirmativo, si hay lugar a denegar la correspondiente reparación por los perjuicios causados a los demandantes, o, si la misma debe revocarse para, en su lugar, acceder a las pretensiones de la demanda.

#### **4. Tesis que resuelven la controversia**

##### **4.1 Tesis de la parte demandante**

Considera que la persona jurídica Hospital San Rafael ESE del Municipio del Espinal ESE debe ser declarado responsable patrimonial y extracontractualmente por la falla en la prestación del servicio médico y hospitalario prestado defectuosamente en ese centro médico asistencial los días 14 y 17 de diciembre de 2015, que ocasionó la muerte al señor del señor HARRISON STID SANCHEZ MEDINA

---

<sup>1</sup> Ver archivo digital 005 PDF c. ppal. 2.

<sup>2</sup> Ver archivo digital 009 PDF, c. ppal. 2.

## **4.2 Tesis de la parte demandada**

Argumentó que el Hospital obró con toda diligencia y cuidado, pues al paciente se le atendió adecuadamente la patología presentada, según síntomas indicados el 14 de diciembre de 2015, y para ello se estableció un plan de manejo con analgésicos e hidratación, e igualmente se le manifestó que según la evolución de los síntomas debía reconsultar, lo cual no sucedió, pues si bien ingresó nuevamente al hospital, esto fue a través del servicio de urgencias, cuando el paciente se encontraba ya en condiciones críticas de salud. Agregó que, para la fecha de los hechos, la evolución natural de las infecciones virales en Colombia presentaba de manera creciente un aumento de incidencia en casos de comportamientos atípicos, pues no se presentó en este caso los síntomas clásicos para el grupo de enfermedades transmisibles por vectores.

## **4.3 Tesis del Juzgado de primera instancia**

Para el Juzgado *a quo* no se probó la falla en el servicio imputada por la parte accionante, pues en las dos consultas realizadas al paciente por el hospital demandado fue indagado por su dolencia, reiterando el dolor lumbar que lo aquejaba, ante lo cual el médico que lo atendió realizó el correspondiente reporte, como se evidencia en la historia clínica que consigna el resultado del examen físico pertinente, reportando en la primera consulta un paciente en condiciones generales estables, afebril, hidratado, sin dificultad respiratoria, y para la segunda oportunidad apreció un paciente en buen estado general, con dolor en región lumbar de intensidad 10/10, por lo que se encontraba en camilla, sin fiebre. Sobre la utilización de recursos técnicos al alcance señaló que en la primera consulta el diagnóstico fue claro relacionado con dolor lumbar, por lo cual dio tratamiento ambulatorio; en la segunda consulta se detectó persistencia del dolor lumbar, con intensidad mayor, y ante la imposibilidad de un diagnóstico claro, se le prescribió una serie de exámenes y radiografías para establecer el padecimiento, enfatizando que la enfermedad que causó el deceso, para la fecha de las consultas médicas, era totalmente desconocida, por lo que no existían protocolos frente a ella.

En cuanto al seguimiento de la evolución de la enfermedad señaló que el paciente permaneció en el hospital desde el análisis por triage, donde fue catalogado con prioridad II hasta que fue superada la urgencia, remitiéndole medicamentos y tratamiento en su hogar, así como recomendaciones sobre consulta en caso de persistir el dolor. Finalmente, en cuanto a si se incurrió o no en error inexcusable en el ejercicio de su labor, advirtió que el profesional médico que atendió al paciente actuó conforme a los síntomas que el paciente le indicó, ordenando los exámenes de rigor, descartado así la falla en el servicio por parte del hospital demandado.

## **5. Tesis de la Sala.**

Examinado el material probatorio allegado al cartulario, los antecedentes legales y jurisprudenciales sobre el asunto controversial, así como los argumentos de las partes, la Sala considera que la sentencia recurrida debe CONFIRMARSE en su integridad, en cuanto absolvió de toda responsabilidad a la entidad accionada, teniendo de presente que no probó ninguna falla médica o conducta censurable atribuible al Hospital accionado.

### **5.1 Fundamentos legales en los que se apoyará la Corporación para desarrollar la tesis propuesta**

### 5.1.1. La responsabilidad patrimonial del Estado.

El artículo 90 de la Constitución Política de Colombia establece que el Estado debe responder patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas y se requiere de la concurrencia de varios elementos a saber: **(i)** el daño antijurídico, **(ii)** la imputabilidad jurídica y fáctica del daño a un órgano del Estado y, **(iii)** el nexo causal entre el daño y la actuación u omisión de la administración.

El **Daño Antijurídico** es entendido jurisprudencialmente *como el detrimento, perjuicio, menoscabo, dolor o molestia causado a alguien, en su persona, bienes, libertad, honor, afectos, creencias, etc., suponiendo la destrucción o disminución de ventajas o beneficios patrimoniales o extrapatrimoniales de que goza un individuo, sin que el ordenamiento jurídico le haya impuesto a la víctima el deber de soportarlo, es decir, que el daño carezca de causales de justificación* (Consejo de Estado – Sección Tercera, sentencia del 27 de enero del 2000, M.P: Alier E. Hernández Enríquez).

Igualmente, el Consejo de Estado ha señalado en este tema lo siguiente: "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”*.<sup>3</sup>

La jurisprudencia constitucional considera que el daño antijurídico se encuadra en los principios consagrados en la Constitución, tales como la solidaridad (Art. 10) 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. En efecto, el daño antijurídico, se concibe como aquel que la víctima no está obligada a soportar, resultando jurídico si se constituye en una carga pública, o, antijurídico si es consecuencia del desconocimiento por parte del mismo Estado del derecho legalmente protegido, dando como resultado el no tener el deber legal de soportarlo.

De acuerdo a una debida interpretación del artículo 90 Constitucional, el H. Consejo de Estado ha enseñado que la responsabilidad del Estado se origina, de un lado, cuando existe una lesión causada a la víctima que no tiene el deber jurídico de soportar y, de otro, cuando esa lesión es imputable fáctica y jurídicamente a una autoridad pública. Dicha tesis fue avalada por la Corte Constitucional en Sentencia C-333 de 1993, en donde expresó, que además de constatar la antijuridicidad del daño, el juzgador debe elaborar un juicio de imputabilidad que le permita encontrar un título jurídico distinto de la simple causalidad material que legitime la decisión.<sup>4</sup>

Al referirnos a la **imputación jurídica y fáctica**, debemos remitirnos a lo explicado por la Sección Tercera del Consejo de Estado que considera que *“imputar, para nuestro caso, es atribuir el daño que padeció la víctima al Estado, circunstancia que se constituye en condición sine qua non para declarar la responsabilidad patrimonial de este último (...) la imputación del daño al Estado depende, en este caso, de que su causación obedezca a la acción o a la omisión de las autoridades públicas en desarrollo del servicio público o en nexo con él, excluyendo la conducta personal del servidor público que, sin conexión con el servicio, causa un daño”*

<sup>3</sup> Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección A, C. P.: HERNÁN ANDRADE RINCÓN, en sentencia del 26 de mayo 2011, radicación No.: 19001-23-31-000-1998-03400-01(2009),

<sup>4</sup> Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, C.P. Dr. Alier Eduardo Hernández Enríquez, de fecha 01 de marzo de 2006.

(Sentencia del 21 de octubre de 1999, expediente 10948, M.P: Alier Eduardo Hernández Enríquez).

A partir de la disposición Constitucional señalada, la jurisprudencia y la doctrina contencioso administrativa han desarrollado distintos regímenes de responsabilidad imputables al Estado, como (i) el subjetivo, que se basa en la teoría de la falla del servicio y (ii) el objetivo, que obedece a diferentes situaciones en las cuales la entidad demandada está llamada a responder, por un lado, con ocasión del ejercicio de actividades peligrosas o la utilización de elementos de la misma naturaleza, caso en el cual se habla del régimen del riesgo excepcional, y por otro, debido a la ruptura de la igualdad frente a las cargas públicas, caso en el cual estamos en presencia del régimen del daño especial, por ende, corresponde al Juez analizar los hechos de cada caso concreto y determinar el régimen de responsabilidad aplicable, para resolver el asunto sometido a su consideración de acuerdo con los elementos probatorios allegados, aunque el demandante haya encuadrado el contencioso en un título de imputación disímil, pues en acciones de reparación directa, domina el principio de *iura novit curia*.

De otro lado, en cuanto al **nexo de causalidad**, nuestro Órgano de Cierre<sup>5</sup> trayendo a colación apartes de la Doctrina Francesa ha considerado que éste, es el elemento principal en la construcción de la responsabilidad, esto es la determinación de que un hecho es la causa de un daño, pues desde el punto de vista teórico resulta fácil, en criterio de los autores, diferenciar el tratamiento del nexo de causalidad dentro de los títulos objetivo y de falla. En tratándose de la falla del servicio, la relación de causalidad se vincula directamente con la culpa, con la irregularidad o la anormalidad.

### 5.1.2. Responsabilidad por falla médica.

La responsabilidad por falla médica ha evolucionado a lo largo de los años, pasando desde el régimen de falla probada del servicio, la falla presunta del servicio, la carga dinámica de la prueba y en el año 2006, mediante sentencia del 31 de agosto, volvió al régimen de falla probada, en razón de la complejidad de los temas médicos y la dificultad para las instituciones públicas en el ámbito probatorio, debido al tiempo que transcurre y la cantidad de casos que manejan.

De acuerdo con lo anterior, aun en tratándose de la responsabilidad extracontractual del Estado derivada de una actividad médico asistencial a su cargo, cuando se demande buscando la indemnización de perjuicios que según la víctima del daño se produjeron con ocasión de una actuación u omisión atribuible a autoridades o entidades médicas y hospitalarias estatales, por actos médicos o asistenciales, en principio le corresponderá al interesado probar los extremos de tal responsabilidad; es decir, la existencia del daño antijurídico, la imputabilidad a la parte demandada y el nexo de causalidad.

Dicha exigencia legal, en materia probatoria, se ve morigerada en aquellos casos en los cuales, por razones de equidad, deba ser la entidad demandada quien asuma la carga probatoria, porque en razón de las especiales características del hecho a acreditar, a ella le resulte más fácil aportar los medios de prueba mientras que para el demandante representaría una carga excesiva, como sucede por ejemplo, con las incidencias de los procedimientos quirúrgicos, que se adelantan a puerta cerrada en salas a las que sólo ingresa el personal autorizado y el paciente

---

<sup>5</sup> Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, C.P. María Elena Giraldo Gómez, Sentencia del 10 de agosto de 2005, Rad. 73001-23-31-000-1997-04725-01(15127).

que será sometido a cirugía, y que por la misma razón no está en condiciones de enterarse de nada de lo que allí suceda.

Por otra parte, también ha reiterado la Sección Tercera del Consejo de Estado, que el nexo causal entre el daño y la actividad de la Administración debe aparecer acreditado, puesto que el mismo no se presume, aunque en reconocimiento de la dificultad que surge en no pocas ocasiones para lograr tal prueba, por los elementos de carácter científico que pueden estar involucrados y que resultan de difícil comprensión y demostración por parte del interesado, se admite para ello *“...que la demostración de la causalidad se realice de manera indiciaria, siempre que, dadas las circunstancias del caso, resulte muy difícil –si no imposible– para el demandante, la prueba directa de los hechos que permiten estructurar ese elemento de la obligación de indemnizar”* .

Por lo tanto el demandante, con el fin de obtener un resultado favorable a sus pretensiones, debe acreditar que se presentó la referida irregularidad o falla en el servicio y el demandado tiene la posibilidad de exonerarse de cualquier responsabilidad demostrando que su actuación no constituyó un quebrantamiento del contenido obligacional que le era exigible, es decir, que actuó bajo los parámetros a los cuales estaba obligado, o acreditando que el nexo causal no le es imputable, probando que el resultado dañoso o perjudicial fue causado por fuerza mayor, hecho exclusivo y determinante de la víctima o de un tercero.

Ahora bien, de conformidad con la jurisprudencia del H. Consejo de Estado, el juez puede dar por demostrada la falla del servicio sin necesidad de exigir una prueba plena o absoluta al respecto, pues bastará con la demostración de una probabilidad preponderante o probabilidad determinante, valoración que debe realizarse de manera cuidadosa, pues salvo en los casos de cirugías estéticas y de la obstetricia, entre otros, donde se aplican regímenes de responsabilidad muy exigentes para el demandado, los médicos actúan sobre personas, donde cada uno tiene su propia forma de evolucionar, circunstancia que en mayor o menor grado inciden en el resultado esperado, esto es, la recuperación de la salud.

### **5.1.3. La historia clínica en materia de responsabilidad por falla médica.**

En materia de responsabilidad médica, la historia clínica se convierte en un elemento probatorio fundamental, no el único en el proceso de establecer lo que ocurrió durante el procedimiento médico. Este documento, según la doctrina citada por el Consejo de Estado, es más que una simple recopilación de datos del paciente, pues se considera no solo una *“biografía patológica de una persona”*, sino también, un documento fundamental y elemental del saber médico, que recoge toda la información que el paciente da al médico, el diagnóstico, el tratamiento y la posible curación. Por lo tanto, nuestro máximo Órgano de Cierre considera este documento un medio de prueba idóneo en el proceso de establecer si las prestaciones médico asistenciales que recibió el paciente se adecuaron a los procedimientos que la ciencia tiene previstos.

El artículo 34 de la Ley 23 de 1981 prescribe, que la historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente y se trata de un documento privado, sometido a reserva, que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley. El artículo 35 ibídem precisa que en las entidades del Sistema Nacional de Salud la historia clínica estará ceñida a los modelos implantados por el Ministerio de Salud y a su vez, el artículo 36 dispone que en todos los casos la historia clínica deberá diligenciarse con claridad y cuando haya cambio de médico, el reemplazado está obligado a entregarla, conjuntamente con sus anexos, a su reemplazante.

Mediante Resolución N°. 2546 de 1998, el Ministerio de Salud determinó los datos mínimos, las responsabilidades y los flujos de la información de prestaciones de salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. El artículo 3° de este acto administrativo, denomina la historia clínica como el registro individual de atención y se constituye por el conjunto de datos relativos a las atenciones individuales de consulta, procedimientos, hospitalización, atención de urgencias y acciones de promoción y prevención.

Aunado a los requisitos legales sobre el contenido de las historias clínicas, en la última de las sentencias citadas, el H. Consejo de Estado, en apoyo de la doctrina existente sobre la materia explica, que esta es un fiel registro de los datos médicos y como tal tiene que ser: i) descriptiva, por cuanto debe describir el cuadro clínico con la información relevante; ii) cronológica y fiel, pues se confecciona en el mismo momento en que el paciente toma contacto con el médico y deja constancia, paso a paso y temporalmente de los acontecimientos diagnósticos y terapéuticos, por lo que debe ser actualizada diariamente y; iii) completa, ordenada y legible, pues de la correcta confección de la historia clínica va a depender el aspecto documental que tenga el juez, de la atención practicada por el médico al paciente; la insuficiencia de la misma en cambio acarreará dificultades al médico.

Finalmente, el H. Consejo de Estado ha indicado que la historia clínica asentada en entidades públicas es un documento público y da fe de lo que en ella se hizo, de acuerdo con las anotaciones contenidas. Empero, si se mira desde un punto de vista negativo, también puede considerarse que da fe de lo que no se hizo o dejó de hacer, esto para el caso de la omisión en las anotaciones respectivas.

En conclusión, en materia de responsabilidad médica, la línea jurisprudencial vigente establece las siguientes reglas:

1. Se rige por el régimen subjetivo de falla probada del servicio, es decir, la carga probatoria está en cabeza del demandante, a quien corresponde al demostrar el hecho, el daño y el nexo causal.
2. La entidad demandada puede liberarse acreditando: a) que su actuación no constituyó un quebrantamiento del contenido obligacional que le era exigible, es decir, que actuó bajo los parámetros a los cuales estaba obligada, b) probando que el nexo causal no le es imputable; c) demostrando que el resultado dañoso o perjudicial fue causado por fuerza mayor, hecho exclusivo y determinante de la víctima o de un tercero.
3. No existe tarifa legal en materia probatoria y por tanto el Juez puede acudir a cualquiera de los medios legalmente establecidos para tal efecto.
4. La historia clínica es el elemento probatorio fundamental (no el único) en el proceso de establecer la responsabilidad por la prestación de servicios médico asistenciales. Según la jurisprudencia, cuando este documento es elaborado por una entidad pública, se convierte en documento público.
5. La historia clínica debe contener toda la información de los procedimientos, tratamientos y demás realizados al paciente. En caso de omisiones, inconsistencias, falta de claridad, etc., en el diligenciamiento de las mismas, puede tomarse como un indicio en contra de la entidad demandada.

## **6. Caso Concreto**

## 6.1. La prueba documental allegada al proceso.

Al expediente fue allegado el siguiente material probatorio relevante:

- Registro civil de nacimiento de HARRISON ESTID SANCHEZ MEDINA, hijo de María Dilia Medina Castillo y Alberto Sánchez, fecha de nacimiento el 05 de marzo de 1996.<sup>6</sup>

- Epicrisis correspondiente del paciente HARRISON ESTID SANCHEZ MEDINA<sup>7</sup>, quien ingresa por urgencias al Hospital San Rafael del Espinal ESE el 17 de diciembre de 2015 a las 12:35 p.m., en ambulancia traído por la mamá por cuadro de dolor en región en región lumbar de intensidad 10/10, no le permite la posición de pie. Asociado a salpullido generalizado, sin fiebre. En la inspección general se muestra alerta, orientado, algico. Al examen físico por zonas anatómicas abdomen – genito urinario – ano: blando depresible no permite la exploración vertebral por dolor.

Igualmente se ordenaron los siguientes exámenes y procedimientos:

### Orden No. 1781037 - Consultorio –Urgencias

- Eritrosedimentación (velocidad sedimentación y densidad urinaria-
- Hemograma III método automático (Hemoglobina Hematocrito Recuento de plaquetas.
- Parcial de orina – Uroanálisis con sedimento y densidad urinaria.
- Proteína C Reactiva cuantitativo de alta precisión
- Radiografía de columna lumbo-sacra
- Orden No. 1781255 – Consultorio Urgencias
- Cloro (Cloruro)
- Creatin Quinasa fracción MB por espectofotometria
- Creatin Quinasa total CK CPK
- Creatinina en suero orina u otros
- Gases arteriales en reposo o en ejercicio
- Glucosa en suero LCR u otro fluido diferente a orina
- Nitrogeno ureico (BUN)
- Potasio
- Sodio
- Tiempo de coagulación
- Tiempo de protrombina
- Tiempo de tromboplastina parcial (PTT)
- Troponina 1 Cuantitativa

### Diagnósticos de Ingreso:

- Lumbago no especificado: (principal), (observaciones). Otras infecciones virales de sitio no especificado (observaciones).

### Medicamentos formulados:

- Orden No. 1259395 Consultorio Urgencias  
Amiodarona Clorhidrato 150 Mg x 2 MI Polvo Rec  
Dosis: 1 ampolla IV ahora – observación  
Horario continuo: Durante: 24 Vía: intravenosa
- Bromuro de Rocuronio solución inyectable 50 MG  
Dosis: 30 M,G IV hora – Observación  
Horario: ahora Durante 90 días Vía intravenosa
- Dopamina Clorhidrato solución inyectable 200 MG/5 MI  
Dosis: 1 ampolla infusión a 5MCG/KG/Minuto – Observación  
Horario: continuo Durante 24 Vía Intravenosa
- Éinefrina Adrenalina Tartrao o Clorhidrato Solución Inyectable 1 MG/1ML  
Dosis: 1 ampolla IV cada 3 minutos – Observación  
Horario: ahora Durante 24 Vía intravenosa
- Fentanilo Citrato Solución Inyectable 0.05MG/ML. 0.605%

<sup>6</sup> Ver fl .4. C.Ppal. 1.

<sup>7</sup> Ver fls.6-13 c. ppal. 1.

- Dosis: 100 MCG IV ahora – Observación  
Horario: Ahora Durante 24 Vía: intravenosa
- Heparina Sódica Solución Inyectable 5000 U.I.  
Dosis: para gases arteriales – Observación-  
Horario: Ahora Durante 24 Vía: Tópico
  - Hidrocortisona Succinato Sódico Polvo para reconstruir 100 MG  
Dosis: 200MG IV Ahora y luego 200 MG infusión para 24 horas – Observación  
Horario: 24 horas Durante 24 Vía: subcutánea.
  - Lidocaina Clorhidrato Gel o Jale 2% tubo x 30 ml  
Dosis: 1 tubo Local – Observación  
Horario: Continuo Durante: 24 Vía Tópico
  - Midazolam Ampolla 5 Mg  
Dosis: 3 MG IV hora – Observación  
Horario: Ahora Durante 24 Vía: intravenosa
  - Norepinefrina solución inyectable 1 MG/ML Ampolla x 4 CC  
Dosis: Infusión a 0,05 MCG/KG/MINU x 4 CC  
Horario: Continuo Durante 24 Vía intravenosa
  - Oxígeno ventilación mecánica 100%  
Dosis: Ventilación mecánica - Observación  
Horario: Continuo Durante 24 Vía: inhalador
  - Sodio cloruro 0.9% Líquido 100 mililitros  
Dosis: infusión -observación horario: Continuo Durante 24 Vía: intravenosa  
Horario: Continuo Durante 24 Vía: intravenosa
  - Tramadol Clorhidrato Solución Inyectable 100MG/ 2ML  
Dosis: 100 Mg - Observaciones  
Horario: Ahora Durante: ahora Vía: intravenosa.
  - Vasopresina Tanato Suspensión Inyectable 10 U.I/ML  
Dosis: 3UI Hora - Observación  
Horari. Continuo Durante 24 Vía: intravenosa

#### PLAN DE MANEJO Y TRATAMIENTO

Paciente con cuadro de dolor en región lumbar no es claro, paciente refiere dolor de gran intensidad presenta salpullido (sic) en la piel.

En el momento hidratado, examen físico a la apariencia normal

Paciente con dolor lumbar de intensidad severa. No es claro el cuadro. Paciente reconsultante se considera estadio paraclínicos para orientar el cuadro.

#### PLAN:

SS/hemograma, PCR, VSG, PARCIAL DE ORINA

SS/RX DE COLUMNA LUMBAR

(....)

Paciente: **HARRISON ESTID SANCHEZ MEDINA**

Servicio de Ingreso	Fecha de Ingreso	Servicio de Egreso	Fecha Egreso
Consultorio-Urgencias	17/12/2015 12:35:00 p.m.	Consultorio-Urgencias	22/12/2015 11:57 a
<p>PACIENTE QUIEN INGRESA ESTANDO EN EL LABORATORIO PRESENTA EPISODIO DE DISFRESIS CON SUPRAVERSIÓN DE LA MIRADA CON CIANOSIS GENERALIZADA ES TRAI EN CAMILLA EN ASISTOLIA SE ACTIVA CODIGO AZUL CON GLUCOMETRIA 159MGD/DL, CON PUPILAS MIOTICAS NO REACTIVAS CON INICIO DE REANIMACION CARDIOPULMONAR CON COMPRESIONES TORACICAS Y VENTILACIÓN CON DISPOSITIVO DE MASCARA CON RESERVORIO DE OXIGENO (AMBU) CON ADMINISTRACION DE ADRENALINA 1 MG CADA 3 MINUTOS, EN NUMERO DE 3 DOSIS CON EPISODIO DE FIBRILACION VENTRICULAR CON DESFIBRILACIÓN CON 360J CON POSTERIOR RITMO DE TAQUICARDIA VENTRICULAR CON FRECUENCIA CARDIACA DE 190 POR MINUTO CON ADMINISTRACION DE AMIODARONA 150MG IV AHORA, CON POSTERIOR AGITACIÓN PSICOMOTORA Y TAQUICARDIA SINUSAL CON INTUBACION OROTRAQUEAL PREVIA SEDOANALGESIA CON MIDAZOLAN 3 MG, ROCURONIO 30 MG 30 MG Y FENTANYL 100 MCG CON TUBO 7,5 Y FIJADO EN 23 CON ADECUADA VENTILACIÓN, CON POSTERIOR RITMO SINUSAL CON TOMA DE TENSION DE 60/40 QUE NO RESPONDIÓ A LIQUIDIS ENDOVENOSOS 2000 C.C., CON INICIO DE NOREPINEFRINA A 1,05 MCG/KG MINUTO, CON POSTERIOR EPISODIO DE FIBRILACIÓN VENTRICULAR CON REQUERIMIENTO DE DESFIBRILACION ELECTRICA CON 360 J, Y POSTERIOR ACTIVIDAD ELECTRICA SIN PULSO CON ADMINISTRACIÓN DE ADRENALINA 1MG IV CADA 3 MINUTOS POR</p>			

20 MINUTOS Y COMPRESIONES TORACICAS Y RITMO SINUSAL Y PERSISTENCIA DE HIPOTENSIÓN SE INICIA VASOPRESINA A UI/HORA Y TITULAR

PACIENTE CON MONITORIZACION HEMODINAMICA CONTINUA CON EPISODIO DE BRADICARDIA SINUSAL DE 40 LATIDOS POR MINUTO CON REQUERIMIENTO DE ATROPINA DE 1MG EN NUMERO DE 6 DOSIS CON RECUPERACION DE FRECUENCIA CARDIACA DE 60 LATIDOS POR MINUTO CON PERSISTENCIA DE HIPOTENSIÓN CON TITULACIÓN DE VASOPRESINA A 3UI/HORA SIN RESPUESTA SE SUSPENDE Y SE INICIA DOPAMINA A 5MCG/KG/MINUTO Y AUMENTO A NOREPINEFRINA A 1MCG/KG MINUTO, SE VALORA PACIENTE CON MEDICINA INTERNA QUIEN ORDENA ADMINISTRACION DE HIDROCORTISONA 200 MG IV Y LUEGO INFUSIÓN DE 200 MG PARA 24 HORAS,

SE TOMA RX DE TORAX SIN DERRAME PLEURAL, NO CARDIOMEGALIA CON TUBO OROTRAQUEAL EN BUENA POSICION SE TOMA TAC CEREBRAL SIN HEMORRAGIA NI ISQUEMIA.

PACIENTE CON POSTERIOR EPISODIO DE ACTIVIDAD ELECTRICA SIN PULSO CON REQUERIMIENTOS DE COMPRESIONES TORACICAS Y ADMINISTRACION DE ADRENALINA 1 MG IV CADA 3 MINUTOS EN NUMERO DE 5 AMPOLLAS CON POSTERIOR RITMO DE FIBRILACIÓN VENTRICULAR CON DESFIBRILACIÓN CON 3601 POSTERIOR BRADICARDIA SINUSAL DE 30 LATIDOS POR MINUTO CON ADMINISTRACION DE ATROPINA CADA 2 MINUTOS HASTA (sic) RECUPERAR FRECUENCIA CARDIACA EN NUMERO DE 10 AMPOLLAS, PACIENTE MAL PERFUNDIDO CON PUPILAS MIDRIATICAS NO REACTIVAS.

SE TOMA TAC CEREBRAL, SIN HEMORRAGIA NI ESQUEMIA.

PACIENTE QUIEN PRESENTA ASISTOLIA SIN RESPUESTA A LA REANIMACIÓN POR 30 MINUTOS PACIENTE FALLECE 18 HORAS.

HORA DE FALLECIMIENTO 18 HORAS

SE RECIBEN PARACLÍNICOS CON PCR 24/MG/L, PERFIL HEPATICO CON ELEVACIÓN DE TRANSAMINASAS TGO 1956/UL, FOSFATASA ALCALINA NORMAL, BILIRRUBINAS NORMALES, AMILASA 158 U/L, POTASION CON HIPERKALEMIA, CLORIO 101, SODIO 134MOL/L, CPK MB 1729 TROPONINA POSITIVA Y TIEMPOS DE COAGULACION PROLONGADOS, CREATININA 6,24MG/DL, HEMOGRAMA CON LEUCOCITOSIS CON TROMBOCITOPENIA.

PACIENTE CON CUADRO CLINICO NO MUY CLARO CON INTERROGACIÓN A TIA QUIEN REFIERE QUE NO TUVO FIEBRE PERO EL PADRE REFIERE QUE SÍ PRESENTÓ FIEBRE Y ESCALOFRIO POR PARACLINICOS CON HEMOGRAMA CON LEUCOCITOSIS Y TROMBOCITOPENIA, SE DEBE ESTUDIAR ENFERMEDAD TROPICAL DENGUE GRAVE, CHOQUE OR DENGUE CHIKUNGUÑA Y KA (sic) CON ELEVACION IMPORTANTE DE CREATININA QUE SUGIERE DAÑO RENAL DE ETIOLOGÍA A ESTABLECER POR NEUROPATIA COMO OPCIÓN DE ISQUEMIA DE ARTERIA RENAL QUE PODRÍA EXPLICAR LA HIPERKALEMIA Y POSIBLE INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO (sic) SECUNDARIO, CON ELEVACIÓN DE BIOMARCADORES CARDIACOS PEROPARACLINICOS FUERON TOMADOS POSTERIOR A LA REANIMACIÓN Y A LA DESFIBRILACIÓN.

SE HABLA CON OS FAMILIARES LA NECESIDAD DE ENCONTRAR CAUSA DE MUERTE Y LA OBLIGATORIEDAD DE REALIZAR NECROPSIA CLÍNICA EPIDEMIOLÓGICA PARA ESTUDIO, SE SOLICITAN SEROLOGÍA PARA DENGUE, ZIKA, CHIKUNGUNIA (sic), (.....)".

- Informe de patología de líquido peritoneal, tráquea, pulmón, intestino delgado, hígado, bazo, páncreas, médula ósea, riñón y corazón correspondiente a las muestras tomadas al cadáver de Harrison Estid Sánchez Medina (q.e.p.d.), en el que se concluye que los hallazgos son compatibles con una miocarditis aguda, lo más probable de origen viral, y agrega que esta patología se encuentra asociada a trastornos de la conducción que pudo ocasionar la muerte del paciente.<sup>8</sup>

- Registros civiles de nacimiento de Johan Sebastián y Ana María Sánchez Medina, hijos de María Dilia Medina Castillo y Alberto Sánchez.<sup>9</sup>

- Registro de defunción de Harrison Stid Sanchez Medina fallecido el 17 de diciembre de 2015.<sup>10</sup>

- Formula medica ordenada en el servicio de urgencias del Hospital San Rafael del Espinal al paciente Harrison Estid Sanchez Medina el día 14 de diciembre de 2015 a las 10:59 de la mañana: i) Dipirona Sol iny 1 g x 22 cc ampolla 1 cada hora durante

<sup>8</sup> Ver fls. 37 c. ppal. 1

<sup>9</sup> Ver fls. 4, 38 y s.s. c. ppal. 1.

<sup>10</sup> Ver fl. 39 c. ppal. 1.

30 días y ii) Tramadol Clorhidrato Solución inyectable 50 mg/ MI 50 Mg cada hora, vía intramuscular por 30 días.<sup>11</sup>

- Formato de Triage, con prioridad II a paciente Harrison Estid Sánchez Medina de fecha **14 de diciembre de 2015**, hora de atención 10:53:17, motivo de consulta; dolor de piernas, con temperatura corporal de 36.8°C.<sup>12</sup>

- Historia clínica Electrónica y Resumen de Atención al paciente HARRISON ESTID SANCHEZ MEDINA, expedida por el Hospital San Rafael ESE del Espinal Tolima, quien el 17 de diciembre de 2015, a la 1:25 p.m., consulta por lumbago no especificado y otras infecciones virales de sitio no especificado, motiva la consulta: brote en la piel y dolor de espalda. Enfermedad actual: "PACIENTE DE 19 AÑOS DE EDAD, RECONSULTANTE, QUIEN INGRESA EN AMBULANCIA TRAIIDO POR LA MAMA POR CUADRO DE DOLOR EN REGION LUMBAR DE INTESNIDAD 10/10, NO LE PERMITE LA POSICION DE PIE, ASOCIADO A SALPULLIDO GENERALIZADO, SIN FIEBRE"<sup>13</sup>

-- Historia clínica Electrónica y Resumen de Atención al precitado paciente, se aprecia que se le ordenaron los siguientes medicamentos:

Tramadol – solución inyectable 100 mg//2 ml  
 Amiodarona clorhidrato 150 mg x 2 ml 0.1%  
 Bromuro de Rocuronio solución inyectable 50 mg  
 Dopamina clorhidrato solución inyectable 200 mg/5ml  
 Epinerina Adrenalina Tartrato o Clorhidrato Solución Inyectable 1 mg/1 ml.  
 Fentanilo Citrato solución inyectable 0.05 mg/ml 0.005%  
 Heparina Sódica Solución Inyectable 5000 U.I.  
 Hidrocortisona succinato sódico Polvo para reconstruir 100 mg  
 Lidocaina Clorhidrato Gel o Jalea 2% tubo x 30 ml  
 Midazolam Ampolla 5 mg  
 Norepinefrina Solución Inyectable 1 mg/ml ampolla x 4 cc  
 Oxígeno Ventilación Mecánica 100%.  
 Sodio Cloruro 0.9% Liquido 100 mililitros  
 Vasopresina Tanato Suspensión Inyectable 20 U.I./ml.<sup>14</sup>

- En la historia clínica se aprecia que se ordenaron exámenes de laboratorio y otros procedimientos, según órdenes 1781255 y 1781038.

- En la misma Historia clínica Electrónica y Resumen de Atención al precitado paciente, hora 4:45 p.m. se dejó el siguiente registro:<sup>15</sup>

**Diagnóstico:**

-Lumbago no especificado  
 -Choque (no especificado)  
 -Embolia y trombosis de arteria no especificada (1749)  
 Obs: Trombosis arteria renal ¿???  
 -Fiebre de dengue (dengue clásico)  
 Obs: Choque dengue ¿??  
 -Infarto agudo del miocardio, sin otra especificación  
 -Otras infecciones virales de sitio no especificado  
 Otras insuficiencias renales agudas

**Subjetivo:**

PACIENTE INGRESA EN PARO CARDIORESPIRATORIO EN ASISTOLIA

**Objetivo:**

PACIENTE CIANÓTICO MAL PERFUNDIDO

<sup>11</sup> Ver fls. 123-124 c. ppal. 1.

<sup>12</sup> Ver fl. 127 c. ppal. 1.

<sup>13</sup> Ver fls. 128-129 c. ppal. 1.

<sup>14</sup> Ver fls. 130-131 c. ppal. 1.

<sup>15</sup> Ver fls. 132-133 c. ppal. 1.

- Notas de enfermería.<sup>16</sup>

17 DIC/15 20:01 - UIRGENCIAS - OBSERVACION PASILLO

14:45 Ingres a paciente al servicio de urgencias traído por ambulancia particular, por presentar cuadro clínico de dolor en región lumbar, paciente algico, conciente, alerta, médico de turno valora paciente y ordena administrar 100 mg de tramadol y toma de paraclínicos ambulatorios, Cuando el paciente se encontraba en el laboratorio clínico presenta episodio de cianosis generalizada acompañada de frialdad, con episodio de paro cardiorespiratorio, se traslada a sala de reanimación, médico de turno inicia masaje cardiaco y ventilación con máscara – reservorio, se toma glucometría la cual reportó 159 mg/dl, con previa limpieza con clorhexidina mas ssn, se realizan múltiples intentos de canalizar vena periférica, en total 10 intentos quedando el dorso de la mano izquierda, con anguicath No. 18, se administra (ilegible) miligramo de adrenalina ciclo cada 3 minutos, y ssn en bolo, se administra en total 3 mg de adrenalina, se palpa nuevamente pulso débil, signos vitales TA 105/36 mmHg TAM 66 mmHg FC 50 x Spo2 89%, por orden médica se administra 3 mg de midazolam seguidos de 100 mg de fentanyl y 3<sup>o</sup> mg de rocuronio, médico de turno realiza IOT con tubo No. 7.5 fija en 22 cm de comisura labial derecha, se aspira abundantes secreciones de tubo orotraqueal sanguinolentas, paciente nuevamente ingresa en paro cardiaco, se inicia masaje cardiaco y se (sic) 1 mg de adrenalina ciclo cada 3 minutos, , paciente presenta ritmo de taquicardia ventricular con FC 190 x´ por orden médica se administra 3 mg de midazolam seguida de 100 mcg de fentanyl y 30 mg de rocuronio, médico de turno realiza IOT con tubo N. 7.5 fija en 22 cm de comisura labial derecha, se aspira abundantes secreciones de tubo orotraqueal (sic) sanguinolentas, paciente nuevamente ingresa en paro cardiaco, se inicia masaje cardiaco y se (sic) 1 mg de adrenalina ciclo cada 3 minutos, paciente presenta ritmo de taquicardia ventricular con FC 190 x´ por orden médica se administra bolo de 150 mg de amiodarona, signos vitales TA 60/40 mmHg TAM 46 mmHg persiste hipotenso a pesar de administración de 2000 cc de ssn, por orden médica se inicia soporte vasopresor (96 cc de ssn + 4 mg de noradrenalina 0.15 mcg/kg/min – peso 65 kg – 15 cc cc/hora), se continúan maniobras por reanimación, , paciente presenta episodio de fibrilación ventricular médico de turno realiza descarga con 360 J, posteriormente presenta actividad eléctrica sin pulso, se continúan maniobras en total se administra 8 mg de adrenalina, posteriormente se logra obtener ritmo sinusal, pero con persistencia de hipotensión.

Signos vitales TA No se logra obtener valor, FC 48 x´ Spo2 91%, se aumenta titula (sic) infusión de noradrenalina a mcg/kg/min – 30 cc cc/hora, señal débil no se logra obtener cifras de tensión arterial, por orden médica se da vasopresina (38 cc de ssn + 40 UI Vasopresina a 107/hr, por orden médica se titula infusión de noradrenalina a 0.8 mcg/kg/min – 80 c.c./hora, además se titula infusión de vasopresina a 3 UI/Hora, signos vitales TA 60/30 mmHg TAM 40 mmHg FC 67 x´ Spo2 90%, Además se continúan ssn en bolo. Con previa técnica aséptica se realiza paso de sonda orogástrica No. 14 se deja a libre drenaje a cistoflo, se observa retorno de líquido sanguinolento, posteriormente y con previa técnica aséptica se realiza limpieza en área genital con clorhexidina mas ssn, previa lubricación con lidocaína jalea se realiza paso de sonda Foley No. 16 se conecta a cistoflo, se observa retorno de orina colurica, se insufla balón con 10 cms de ssn y se fija con esparadrapo. Técnico de Radiología toma RX tórax portátil.

Signos vitales TA 70/40 mmHg TAM 50 mmHg FC 43 x" Spo2 90% Médico de turno ordena administrar 1 mg de atropina, Signos vitales TA 70/40 mmHg TAm 50mmhg FC 43 x´Spo2 90% médico de turno ordena administrar 1 mg de atropina cada 2 minutos, en total 17 mg.

Por orden médica se inicia infusión de Dopamina a 5 mcg/kg/hr peso 65 kg – 12 cc/hr, por orden médica se suspende infusión de vasopresina.

Por orden médica se administra bolo de 200 mg de hidrocortisona y se inicia infusión de Hidrocortisona 200 mg para 24 horas, (100 cc de ssn + 200 mg de hidrocortisona a 4,2 cc/hr). Se traslada paciente a toma de TAC Cráneo simple en compañía de médico de turno.

Continúa paciente en sala de reanimación en malas condiciones generales, signos vitales TA 65/50 mmHg TAM FC 35 x´Spo2 89%, se aspira secreciones de tubo orotraqueal, presenta nuevo episodio de paro cardiaco se inicia nuevamente masaje cardiaco y administración de 1 mg de adrenalina ciclo cada 3 minutos, no se recupera

---

<sup>16</sup> Ver fls. 159-160 c. ppal. 1.

pulso, médico de turno declara paciente fallecido a las 18:00 hrs en total se administra 6 mg de adrenalina, y ssn 4000 cc.

Camillero de turno traslada cuerpo a morgue para realización de Necropsia médico – legal y clínica epidemiológica, Se lleva a laboratorio clínico muestra para procesar Serología de dengue, Zika y Chicunguña con copia de ficha epidemiológica y copia de historia clínica, además 2 frascos de orina para perfil toxicológico.

Nota: Se dialoga con la madre, refiere que el paciente vivía en la vereda la arenosa – Chicoral, que se encontraba lizando (sic) el curso de sub oficial del ejército en Tolomaida (Melgar-Tolima), que llegó de permiso el día 12/2015. Fdo. INGRID LORENA SERRANO CARDOZO.

- HOSPITAL SAN RAFAEL DEL ESPINAL ESE – Resultados de Laboratorio  
Fecha: 20 diciembre de 2015.<sup>17</sup>

<u>Componente</u>	<u>Resultado</u>	<u>Valores Normales</u>
<b>Dengue ANTICUERPOS Ig M</b>		
<b>Dengue ANTICUERPOS IG M</b>		
Dengue anticuerpos IG M	1.24	
Negativo: <0.9		
Zona Gris 0-9-1.1.		

- HOSPITAL SAN RAFAEL DEL ESPINAL ESE – Resultados de Laboratorio  
Fecha: 10 marzo de 2016.<sup>18</sup>

<u>Componente</u>	<u>Resultado</u>	<u>Valores Normales</u>
<b>TOMA ENVIO Y MUESTRA PARA AISLAMIENTO VIRAL DE CHIKUNGUNYA</b>		
<b>CHIKUNGUNYA AISLAMIENTO</b>		
CHIKUNGUNYA AISLAMIENTO	Positivo	

- HOSPITAL SAN RAFAEL DEL ESPINAL ESE – Resultados de Laboratorio  
Fecha: 10 marzo de 2016.<sup>19</sup>

<u>Componente</u>	<u>Resultado</u>	<u>Valores Normales</u>
<b>TOMA Y ENVIO AISLAMIENTO VIRAL DE DENGUE</b>		
<b>TOMA Y ENVIO AISLAMIENTO VIRAL DE DENGUE</b>		
Toma y envío aislamiento viral de dengue	<b>Negativo</b>	

- CONCEPTO MEDICO RENDIDO POR EL GALENO HERNEY ARMANDO BURITICA MONCALEANO SOBRE ATENCIÓN PRESTADA AL PACIENTE HARRISON ESTID SANCHEZ MEDINA, identificado con C.C. No. 1.105.688.616.<sup>20</sup>

“La atención prestada a paciente HARRISON ESTID SANCHEZ MEDINA fue la adecuada de acuerdo a los protocolos médicos existentes para la época de los hechos y del diagnóstico del paciente y además no se puede hablar de negligencia, impericia ni imprudencia o desconocimiento de la norma, puesto que al paciente fue atendido y examinado oportunamente y se estableció un plan de manejo acorde a lo expuesto por el paciente en la primera consulta y se le advirtió al paciente la posibilidad de recurrir de acuerdo a su evolución y sintomatología, el manejo inicial de toda sospecha de enfermedad viral sin signos de compromiso sistemático o de alarma está basado en la hidratación y el manejo sintomático analgésico, tal como lo contemplan las guías nacionales para manejo de enfermedad viral.

Para la época de los hechos se carecía de lineamientos científicos para el enfoque y manejo de la enfermedad por el virus del CHICUNGUÑA de acuerdo a medicina basada en la evidencia. La evolución natural de las infecciones virales en nuestro país viene presentándose de manera creciente un aumento de la incidencia en casos de

<sup>17</sup> Ver fl. 163 c. ppal. 1.

<sup>18</sup> Ver fl. 164 c. ppal. 1.

<sup>19</sup> Ver fl. 165 c. ppal. 1.

<sup>20</sup> Ver fls. 166-167 c. ppal. 1

comportamiento atípicos de la enfermedad, incluso existiendo reportes de positividad para aislamiento viral en ausencia de fiebre y de síntomas clásicos para el grupo de enfermedades transmisibles por vectores. El grado de compromiso multisistémico potencial para la infección por el virus del DENGUE, CHICUNGUÑA y ZIKA carece de un soporte técnico científico que permita al galeno generar condiciones predictivas en el grupo de pacientes con una consulta inicial sin presencia de condiciones de deterioro clínico.

En desarrollo del compromiso orgánico múltiple de este grupo de enfermedades generalmente no presenta un proceso evolutivo con rápido deterioro como para el caso de este paciente generando condiciones de atipicidad más aun condicionadas por la demora por parte del mismo paciente para reconsultar, automedicándose, alterando el cuadro patonómico de la enfermedad, lo cual puede presentarse incluso con la sola administración de acetaminofén frenando la aparición de síntomas tan importantes como la persistencia de la misma fiebre siendo este un predictor de mala evolución aun así sobre el manejo inicial. El nivel de compromiso del equilibrio ácido básico de este paciente es incompatible con la vida pese a todo soporte potencialmente insaturable para el momento de su reconsulta aunado a un compromiso hepático, renal y hematológico de difícil reversividad”.

## 6.2. La prueba testimonial.

### 6.2.1 Declaración del Médico Especialista Erney Armando Buriticá Moncaleano (Audio 08´40” – 1´34´00”).<sup>21</sup>

Indicó que para la época en que se suscitaron los hechos, en el año 2015, oficiaba como Coordinador de Urgencias del Hospital demandado, y que por esas calendas fue que apareció el virus del Chicunguña, época en que no existían protocolos para ese tipo de enfermedad, y cuyos síntomas se presentan con dolores articulares, rash y estados febriles que pueden desencadenar en “miocarditis”, “daño renal”, “alteraciones articulares” y “fallas mutisistémicas” con repercusión en el corazón, cerebro o riñones; señalando que dicha patología podía ser tratada con soluciones hidratantes y analgesia.

A la pregunta del porqué no se ordenaron exámenes de laboratorio al paciente durante la primera consulta manifestó que los escenarios no fueron los mismos durante la primera y la segunda consulta, aclarando que en la primera no se advirtió la necesidad de ordenar tales exámenes, por lo que se dispuso manejo ambulatorio y/o extrahospitalario.

Advirtió que, durante la segunda consulta el paciente manejaba una condición de dolor de 10/10 que fue la condición para que el paciente se quedara hospitalizado y requiriera un manejo integral, y que a la primera consulta si bien el paciente llegó con dolor, sus signos vitales estaban estables, razón por la cual no se priorizó su hospitalización.

Explicó que las ayudas de diagnóstico y terapéuticas que se ordenaron en la segunda consulta obedecieron a la necesidad de confirmar o desechar las sospechas sindromáticas, y explicó las condiciones que se valoran en cada uno de los estados del Triage, así: i) Triage 1: paciente crítico, debe entrar a sala de reanimación, ii) Triage 2: paciente que en su patología se puede deteriorar en razón del tiempo corto, iii) Triage 3: Paciente a quien debe garantizarse la integralidad del manejo de urgencias. iv) Triage 4: Consulta prioritaria: paciente que debe pasar a un ambiente ambulatorio no mayor de 24 horas, v) Triage 5: Paciente que va a la consulta externa y debe ser atendido no más allá de 2,5 días,

---

<sup>21</sup> Ver audiencia de pruebas.

### **6.2.2 Declaración del Médico Anderson David Peña Mendoza (Audio 1'36'50" – 2'27'59").**

Puso de presente que el paciente, quien por la época contaba con 19 años, consultó por primera vez el 14 de diciembre de 2015, por cuadro de dolor lumbar, se le hizo examen físico y de signos vitales, sin que presentara fiebre, pues su temperatura era normal, se le dio manejo analgésico, se le colocó dipirona y tramadol, dosis para una persona adulta, y se le dio salida con recomendación, aclarando que no hubo historia clínica del paciente.

Señaló que tres días después consultó por la misma dolencia, dolor lumbar y dolor excesivo 10/10 y claramente no presentaba fiebre, por eso se le hizo examen físico, se le tomó signos vitales que eran estables, el paciente no tenía fiebre en ese momento, no estaba taquicárdico, con una tensión normal, al examen físico lo único que encontró fue su dolor lumbar, y como tal se le dio manejo analgésico (Dipirona y Tramadol). Agregó que, según el paciente, el dolor persistió todo el tiempo, pero no se precisó la razón por la cual el paciente había esperado los tres días para volver a reconsultar.

Manifestó que, a diferencia de la primera consulta, donde el paciente presentaba dolor lumbar, en la nueva consulta el paciente presentaba un rash cutáneo. Finalmente, indicó que los síntomas del dengue son los siguientes: a) fiebre persistente, b) cefalea (dolor de cabeza), c) dolor poliarticular (en todas las articulaciones, d) rash, e) dolor en la zona de los ojos.

### **6.3. Análisis sustancial**

La sentencia recurrida desestimó las pretensiones de la demanda al encontrar acreditado que los servicios médicos prestados cumplieron con los protocolos y parámetros jurisprudencialmente establecidos para atender al paciente, vale decir, se interrogó al paciente sobre la evolución de los síntomas, se realizó una valoración física completa y seria, se utilizaron oportunamente todos los recursos técnicos a su alcance para confirmar un determinado diagnóstico, se hizo el seguimiento de la evolución de la enfermedad, y no se incurrió en un error inexcusable en el diagnóstico.

En cuanto al seguimiento de la evolución de la enfermedad señaló que el paciente permaneció en el hospital desde el análisis por triage, donde fue catalogado con prioridad II hasta que fue superada la urgencia, remitiéndole medicamentos y tratamiento en su hogar, así como recomendaciones sobre consulta en caso de persistir el dolor. Finalmente, en cuanto a si se incurrió o no en error inexcusable en el ejercicio de su labor, advirtió que el profesional médico que atendió al paciente actuó conforme a los síntomas que el paciente le indicó, ordenando los exámenes de rigor.

Para el apoderado del extremo activo por el contrario, el médico que atendió al paciente no utilizó los medios científicos o recursos tecnológicos a su alcance en la primera consulta, omitió seguir la enfermedad compleja del paciente clasificado en alto riesgo de morir, no le practicó exámenes, no lo dejó en observación, en espera de los resultados, cuando el área de urgencias de un hospital permanece con capacidad para salvar y seguir la evolución de la enfermedad con seis días de dolor intenso que refirió el paciente y los acompañantes, que contrario a lo que sostiene la sentencia en cuanto se veía claramente al paciente en perfecto estado de salud, tal aseveración es contraria a la realidad, ya que si el paciente fue a urgencias es porque la enfermedad lo exigía, de ahí su clasificación en TRIAGE II, que se afirma igualmente que al segundo examen, el paciente entró en general, en

buenas condiciones físicas, alerta, consciente, pero ante la imposibilidad de establecer el origen de la misma dolencia que padecía hacía 9 días, le ordenó exámenes de laboratorio ya tardíos, pues el paciente agoniza, y sin embargo fue pasado a laboratorio, en lugar de ser atendido por el galeno, inclusive omitiendo el deber de socorro, y de ayuda; que la falta de experiencia del médico de urgencias llevó al traste con la vida del paciente, que el médico y el hospital no trasladaron al paciente a la EPS que lo estaba atendiendo; y finalmente, que ni el médico ni el hospital ordenaron el traslado del paciente a otro centro hospitalario de mayor nivel para que fuera atendido por especialistas, pues el epidemiólogo y el médico tratante manifestaron su desconocimiento del tratamiento como de la enfermedad, debieron entonces remitirlo y no dejarlo que muriera sin atención médica adecuada.

### 6.3.1 Responsabilidad por falla en el servicio médico

#### 6.3.1.1 El Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

A través de la Resolución No. 5261 del 05 de agosto de 1994, el Ministerio de Salud, en uso de las facultades conferidas por la Ley 100 de 1993 y el Decreto 1292 de 1994, expidió la Resolución No. 5261 de 05 de agosto de 1994, se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos con el fin de ser utilizados en el Sistema de Seguridad Social en Salud, para garantizar, el acceso a los contenidos específicos del Plan Obligatorio de Salud, la calidad de los servicios y el uso racional de los mismos, señalando que el plan obligatorio de salud responsabilidad de las Entidades Promotoras de Salud se prestará en aquellas I.P.S. con las que cada E.P.S. establezca convenios de prestación de servicios de salud; o sin convenio en cualquier I.P.S. en los casos especiales que considera el presente reglamento.

En relación con la disponibilidad del servicio y el acceso a los niveles de complejidad, el artículo 2o de la referida Resolución indica lo siguiente:

**“ARTICULO 2o. DISPONIBILIDAD DEL SERVICIO Y ACCESO A LOS NIVELES DE COMPLEJIDAD.** *En todo caso los servicios de salud que se presten en cada municipio estarán sujetos al nivel de complejidad y al desarrollo de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud autorizadas para ello. Cuando las condiciones de salud del usuario ameriten una atención de mayor complejidad, esta se hará a través de la red de servicios.*

**PARAGRAFO.** *El acceso al servicio siempre será por el primer nivel o por el servicio de urgencias. Para los niveles subsiguientes el paciente deberá ser remitido por un profesional en medicina general de acuerdo a las normas definidas para ello, las que como mínimo deberán contener una historia clínica completa en la que se especifique el motivo de la remisión, los tratamientos y resultados previos.*

*Cuando en el municipio de residencia del paciente no se cuente con algún servicio requerido, este podrá ser remitido al municipio mas cercano que cuente con él. Los gastos de desplazamiento generados en las remisiones serán de responsabilidad del paciente, salvo en los casos de urgencia debidamente certificada o en los pacientes internados que requieran atención complementaria. Se exceptúan de esta norma las zonas donde se paga una U.P.C. diferencial mayor, en donde todos los gastos de transporte estarán a cargo de la E.P.S.*

**ARTICULO 10. ATENCION DE URGENCIAS.** *La atención de urgencias comprende la organización de recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros de un proceso de cuidados de salud indispensables e inmediatos a personas que presentan una urgencia. Todas las entidades o establecimientos públicos o privados, que presten servicios de consulta de urgencias, atenderán*

*obligatoriamente estos casos en su fase inicial aún sin convenio o autorización de la E.P.S. respectiva o aún en el caso de personas no afiliados al sistema. Las urgencias se atenderán en cualquier parte del territorio nacional sin que para ello sea necesario autorización previa de la E.P.S. o remisión, como tampoco el pago de cuotas moderadoras. La I.P.S. que presta el servicio recibirá de la E.P.S. el pago correspondiente con base en las tarifas pactadas o con las establecidas para el S.O.A.T. En todo caso es el médico quien define esta condición y cuando el paciente utilice estos servicios sin ser una urgencia deberá pagar el valor total de la atención.*

(....)

**ARTICULO 20. RESPONSABILIDADES POR NIVELES DE COMPLEJIDAD.** Para efectos de definir la responsabilidad del personal de salud en los diferentes niveles de complejidad se establece: NIVEL I: Médico general y/o personal auxiliar y/o paramédico y/o de otros profesionales de la salud no especializados. NIVEL II: Médico general y/o profesional paramédico con interconsulta, remisión y/o asesoría de personal o recursos especializados. NIVEL III y IV: Médico especialista con la participación del médico general y/o profesional paramédico.

**ARTICULO 21. CLASIFICACION POR NIVELES DE COMPLEJIDAD PARA LA ATENCION MEDICO QUIRURGICA.** Para efectos de clasificación de los procedimientos quirúrgicos, se establece la siguiente discriminación como parte del presente Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos, así: NIVEL I : GRUPOS 01, 02, 03. NIVEL II : GRUPOS 04, 05, 06, 07, 08. NIVEL III: GRUPOS 09 Y SIGUIENTES. NIVEL IV: Se establece de acuerdo al procedimiento practicado en las patologías CATASTROFICAS descritas anteriormente”.

Por consiguiente, el nivel de complejidad que tiene una institución hospitalaria o un servicio de salud para resolver problemas de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, promoción y prevención de acuerdo con la tecnología y el personal responsable de cada actividad, intervención o procedimiento. Para efectos de definir la responsabilidad del personal de salud, la norma establece tres complejidades de atención: baja, media y alta.

Asimismo, el Sistema de referencia y contrareferencia es el punto de articulación e interacción de todos los prestadores y las entidades responsables de pago, quienes garanticen la complementariedad de servicios de mayor complejidad cuando el usuario lo requiera tanto en consulta externa como en urgencias.

De acuerdo con las precitadas disposiciones, corresponde a la Sala determinar, si a partir de la atención médica dispensada al señor HARRISON ESTID SANCHEZ MEDINA (q.e.p.d.), de 19 años de edad, los días 14 y 17 de diciembre de 2015, es posible afirmar que merced a la falla del servicio médico se produjo su deceso.

De acuerdo con los hechos de la demanda, el día 14 de diciembre de 2015 a las 10:58 a.m. fue llevado a urgencias del Hospital San Rafael del Espinal Tolima, el señor HARRISON ESTID SANHEZ MEDINA (q.e.p.d), de quien uno de sus padres manifestó que sufría fuertes dolores en sus piernas, que el dolor era tan fuerte que no permitía que le tocaran las extremidades inferiores, que sus piernas se enfriaban y de la cintura hacia abajo sudaba copiosamente, síntomas que se le comunicaron al galeno de turno, quien solo le escuchó los síntomas y manifestó a su acompañante que el joven era un perezoso y que esos síntomas eran de flojera y de pereza, que debería hacer ejercicio, terminó a consulta recetándole unas pastas y medicinas (tramadol y dipirona) para el dolor, otorgándole salida sin más tratamientos ni exámenes.

A juicio del apoderado demandante, las drogas que le fueron formuladas al paciente, según autoridades científicas, fueron peores que la enfermedad, pues al suministrar los dos letales medicamentos puso en peligro la vida del paciente que murió posiblemente a la fatídica aleación (sic) de la enfermedad tropical.

Agregó la narrativa fáctica que el paciente fue enviado a su casa, pero sus dolencias eran constantes, la droga suministrada no hacía su efecto, y debió volver a reconsultar el día jueves 17 de diciembre de 2015 a las 12:35, cuando tuvo que ser llevado nuevamente por urgencias del hospital, en reconsulta, por la misma sintomatología, donde indican que el paciente no permite exploración vertebral por el intenso dolor que le aquejaba.

Destacó que los mismos síntomas se presentaron en la consulta inicial, sin que el médico tratante le hubiese ordenado exámenes para tener un argumento sólido y efectivo en el tratamiento del paciente. Agregó que, en esta segunda consulta, la atención fue buena, y le ordenaron, aunque ya tardíos exámenes de laboratorio, cuando ya la enfermedad estaba minando su vida de manera lenta e inexorable, y el médico que lo atendió dejó de diagnosticar en forma oportuna y eficiente al paciente que hubiera podido salvar su vida si lo atiende otro profesional de la salud.

Ahora bien, se conoce de la historia clínica del paciente que una vez ingresó a urgencias del Hospital San Rafael del Espinal, el día 17 de diciembre de 2015, el médico que lo atendió por segunda vez ordenó varios exámenes clínicos y paraclínicos, entre otros, los de dengue y **Chikungunya**, dando positivo para ésta última enfermedad viral, concluyéndose así, que el deceso del paciente se produjo por **Chikungunya**.-

Según concepto médico emitido por el médico epidemiólogo ERNEY ARMANDO BURITICA MONCALEANO, "La atención prestada a paciente HARRISON ESTID SANCHEZ MEDINA fue la adecuada de acuerdo a los protocolos médicos existentes para la época de los hechos y del diagnóstico del paciente, sin que pueda hablarse de negligencia, impericia ni imprudencia o desconocimiento de la norma, puesto que al paciente fue atendido y examinado oportunamente y se estableció un plan de manejo acorde a lo expresado por el mismo en la primera consulta, a quien además se le advirtió la necesidad de reconsultar de acuerdo a su evolución y sintomatología. Agregó que el manejo inicial de toda sospecha de enfermedad viral sin signos de compromiso sistemático o de alarma está basado en la hidratación y el manejo sintomático analgésico, tal como lo contemplan las guías nacionales para manejo de enfermedad viral.

Destacó el referido galeno que, para la época de los hechos se carecía de lineamientos científicos para el enfoque y manejo de la enfermedad por el virus del CHICUNGUÑA de acuerdo a medicina basada en la evidencia, criterio que es confirmado íntegramente por el ministerio de Salud. Indicó igualmente que la evolución natural de las infecciones virales en nuestro país viene presentándose de manera creciente un aumento de la incidencia en casos de comportamiento atípicos de la enfermedad, incluso existiendo reportes de positividad para aislamiento viral en ausencia de fiebre y de síntomas clásicos para el grupo de enfermedades transmisibles por vectores. Agrega que el grado de compromiso multisistémico potencial para la infección por el virus del DENGUE, CHICUNGUÑA y ZIKA carece de un soporte técnico científico que permita al galeno generar condiciones predictivas en el grupo de pacientes con una consulta inicial sin presencia de condiciones de deterioro clínico.

Agregó que en desarrollo del compromiso orgánico múltiple de este grupo de enfermedades generalmente no presenta un proceso evolutivo con rápido deterioro

como para el caso de este paciente generando condiciones de atipicidad, más aun condicionadas por la demora por parte del mismo paciente para reconsultar, automedicándose, alterando el cuadro patonómico de la enfermedad, lo cual puede presentarse incluso con la sola administración de acetaminofén frenando la aparición de síntomas tan importantes como la persistencia de la misma fiebre siendo este un predictor de mala evolución aun así sobre el manejo inicial. El nivel de compromiso del equilibrio ácido básico de este paciente es incompatible con la vida pese a todo soporte potencialmente insaturable para el momento de su consulta aunado a un compromiso hepático, renal y hematológico de difícil reversividad”.

Ahora bien, como se carece en el expediente del correspondiente expertise médico, a fin de establecer si fue acertado o no el manejo inicial de la patología que presentaba a paciente durante la primera consulta médica realizada el 14 de diciembre de 2015, la Sala considera pertinente, de acuerdo con las guías médicas del Ministerio de Salud, determinar algunas circunstancias puntuales relacionadas con el virus del Chicungunya, concretamente su origen, evolución, tratamiento, medicamentos, consecuencias en la salud, etc.<sup>22</sup>

Según Boletín Epidemiológico 2014 del Instituto Nacional de Salud, en Colombia, **país donde ya ha sido reportado por primera vez**, se teme una no desestimable diseminación y emergencia de este patógeno debido a la presencia de los *Aedes* transmisores, al desplazamiento de los vectores a otras regiones en respuesta al calentamiento global que afectó su nicho ecológico y a la migración urbana que invadió estos nichos. De hecho, se reportó una epidemia por el CHIKV con picos máximos a finales de 2014 y principios de 2015. De acuerdo con lo reportado por el Boletín de la semana 53 del Instituto Nacional de Salud, se presentaron 96.433 casos, de los cuales 90.488 fueron confirmados por clínica y 611 por laboratorio. Se debe tener en cuenta que no todos los casos son notificados, pudiéndose presentar, en consecuencia, un alto subregistro.<sup>53: 17-19.</sup><sup>23</sup>

### **¿Que es el Chicunguña?**

El **chikungunya** es una enfermedad vírica transmitida que causa fiebre alta, dolor de cabeza, dolores en las articulaciones y dolor muscular, unos tres o siete días después de ser picado por un mosquito infectado con el virus **chikungunya**. Los mosquitos implicados son el *Aedes aegypti* y el *Aedes albopictus*, que son los mismos vectores del dengue.

### **¿Cuántos días dura?**

La fase aguda dura de uno a doce días.

### **¿Puede causar la muerte?**

No, el chikunguña raramente pone en peligro la vida del paciente.

### **¿Puede durar dos veces?**

<sup>22</sup> <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Paginas/chikunguna.aspx>

<sup>23</sup> [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-55522016000200011](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522016000200011)

No. Sólo una vez. Luego se desarrollan los anticuerpos que se encargan de proteger a las personas. De acuerdo a la evidencia disponible hasta el momento, habría inmunidad de por vida.

### ¿Cuáles son los síntomas?

Se caracteriza por un brote súbito de fiebre, acompañado por dolor en las articulaciones o artritis severa de inicio agudo, en personas que residen o han visitado áreas endémicas o epidémicas durante las dos semanas anteriores al inicio de los síntomas. La mayoría de los pacientes se recuperan, aunque las complicaciones serias no son frecuentes. En el caso de adultos mayores, niños y embarazadas hay que estar muy atentos.

### ¿Cuáles son los cuidados?

- No auto medicarse.
- Ingerir abundante líquido.
- Acudir inmediatamente su institución de salud.
- Si se encuentra en una institución de salud y ha sido diagnosticado con el virus debe ser aislado y permanecer con toldillo. Esta misma medida debe ser extensiva a las personas que se encuentran en sus hogares y que presentan el virus.

### ¿Qué órganos afecta más el chikungunya?

Ambas enfermedades son parecidas, pero la fiebre y el dolor de las articulaciones son más intensas en el chikungunya. Esta es la principal diferencia. El dolor en el chikungunya afecta manos, pies, rodillas, la espalda y que puede incapacitar (doblar) a las personas para caminar, hasta para abrir una botella de agua.

### ¿Cuánto tiempo dura el virus de la chikungunya en el cuerpo?

La mayoría de las personas se recupera por completo y los síntomas desaparecen en aproximadamente 10 días. Para algunas personas, el dolor en las articulaciones puede continuar durante meses o incluso años.

### ¿Qué es la fiebre chikungunya?

La chikungunya es una enfermedad viral transmitida por mosquitos que provoca la aparición repentina de fiebre y dolor articular intenso. Otros signos y síntomas pueden ser fatiga, dolor muscular, dolor de cabeza y sarpullido. Los signos y síntomas de la **chikungunya** generalmente aparecen de dos a siete días después de haber sido picado por un mosquito infectado.

No existe ninguna vacuna para prevenir la fiebre chikungunya, y no hay ningún tratamiento antiviral que sea efectivo. Sin embargo, la enfermedad tiene un curso limitado y rara vez causa complicaciones graves. El objetivo del tratamiento es aliviar los síntomas con reposo, líquidos y medicamentos, como acetaminofén (Tylenol y otros) e ibuprofeno (Advil, Motrin IB y otros) para aliviar el dolor articular y la fiebre.

La mayoría de las personas se recupera por completo y los síntomas desaparecen en aproximadamente 10 días. Para algunas personas, el dolor en las articulaciones puede continuar durante meses o incluso años. La muerte por complicaciones del chikungunya es muy poco común, pero el virus a

**veces causa problemas graves, principalmente en adultos mayores con otras enfermedades crónicas.** Es probable que las personas que ya se hayan infectado estén protegidas de futuras infecciones.

### **Cuadro clínico<sup>24</sup>**

Los síntomas se parecen a una crisis de paludismo o de denque aunque la fiebre de chikungunya no tiene nada que ver con estas enfermedades. La enfermedad empieza con una fuerte fiebre, a veces superior a los 40 °C, que dura 3 días. A esta fiebre le sigue un eritema y, durante 5 días, agujetas muy dolorosas en las articulaciones. Estos dolores articulares pueden permanecer o reaparecer hasta varios meses después de la primera crisis.

Debe sospecharse por el cuadro clínico antes mostrado, y el contexto epidemiológico de cada paciente que presente la sintomatología anteriormente descrita así como otros factores desencadenantes del virus, como contacto con infectados, viajes a zonas que hayan declarado la epidemia, viajes a zonas endémicas, el contacto directo con contagiados, hemotransfusiones, entre otros. El diagnóstico certero se debe hacer por hemoaglutinación indirecta o con una prueba ELISA.

El período de incubación del virus de la chikunguña varía entre uno y doce días, pero más típico entre tres y siete días. La enfermedad puede ser asintomática, pero por lo general, entre el 72% y el 97% de los infectados, desarrollan síntomas. Los síntomas característicos incluyen un inicio súbito de fiebre alta, dolor en articulaciones y eflorescencia. Otros síntomas podrían presentarse, como dolor de cabeza, fatiga, problemas digestivos y conjuntivitis.

Información obtenida durante recientes epidemias sugieren que la fiebre de la chikunguña podrían resultar en una fase crónica de enfermedad aguda. Dentro de la fase aguda, dos etapas se han identificado: *i*) una etapa viral durante los primeros cinco a siete días, durante los cuales podría presentarse la viremia, seguido de *ii*) una etapa de convalecencia de aproximadamente diez días de duración, en los cuales los síntomas empeoran y el virus no puede detectarse en la sangre. Usualmente, la enfermedad empieza con una fiebre alta repentina con duración entre tres a siete días, pero podría llegar a durar diez días. La fiebre se presenta por encima de 39 °C (102 °F) y algunas veces alcanzando 40 °C (104 °F) y podría ser bifásico (Una enfermedad bifásica es una enfermedad que tiene dos fases distintas) —durando un par de días, cortándose, y luego regresando. La fiebre se produce con el inicio de la viremia, el nivel de virus en la sangre se correlaciona con la intensidad de los síntomas en la fase aguda. Cuando la "inmunoglobulina m" y los anticuerpos que, como respuesta a la exposición inicial a un antígeno, aparecen en la sangre, la viremia empieza a disminuir. No obstante, el dolor de cabeza, insomnio y un extremo grado de cansancio continúan, usualmente entre cinco y siete días.

Después de la fiebre, se presenta un fuerte dolor de articulaciones o rigidez; usualmente dura semanas o meses pero puede durar incluso años. El dolor de articulaciones puede ser debilitante, resultando a menudo en casi una inmovilidad total de las articulaciones afectadas. El dolor en articulaciones ha sido reportado en ocurrir entre el 87%–98% de los casos, y casi siempre se presenta en más de una articulación, aunque la inflamación articular es poco común. Usualmente las articulaciones afectadas están ubicadas en ambos brazos y piernas, y son

---

<sup>24</sup> <https://es.wikipedia.org/wiki/Chikungu%C3%B1a>

afectadas simétricamente. Las articulaciones que han sufrido alguna otra enfermedad, como la artritis, son más propensas a ser afectadas nuevamente. El dolor se produce con mayor frecuencia en articulaciones periféricas, o que son las más usadas, como podrían ser las muñecas, tobillos, articulaciones en manos y pies, así otras articulaciones mayores como hombros, codos y rodillas. El dolor también puede presentarse en músculos y ligamentos.

El Rash ocurre en el 40%-50% de los casos, generalmente como una erupción maculopapular (Una erupción maculopapular es un tipo de erupción cutánea caracterizada por una zona roja plana en la piel que se cubre con pequeñas protuberancias confluentes. Sólo puede aparecer de color rojo en las personas de piel más clara) que ocurre entre dos y cinco días después del inicio de los síntomas. Pueden presentarse síntomas digestivos, incluyendo dolor abdominal, náuseas, vómito o diarrea. En más de la mitad de los casos los síntomas se limitan a fatiga significativa y dolor. Con poca frecuencia, puede producirse inflamación de los ojos como iridociclitis, o uveítis, y pueden producirse lesiones en la retina. En raras ocasiones, trastornos neurológicos han sido reportados en asociación con el virus de la chikunguña como síndrome de Guillain-Barré, parálisis, meningoencefalitis, parálisis flácida y neuropatía. Al contrario del dengue, la fiebre de la chikunguña, muy raras veces causa complicaciones hemorrágicas. Los síntomas de sangrado deben conducir a la consideración de diagnósticos alternativos o co-infección con el dengue o la coexistencia de hepatopatía congestiva.

## **Evolución**

La enfermedad se autolimita en la mayoría de los casos, y presenta una mortalidad del 0,4% en menores de un año. También aumenta en personas mayores con patologías concomitantes. La incubación de la enfermedad en el humano dura de 4 a 7 días. La transmisión directa entre humanos no está demostrada. Sin embargo, la transmisión de la madre al feto en el interior del útero podría existir. La fiebre de chikunguña podría provocar lesiones neurológicas graves y hasta letales en el feto.

## **Secuelas**

Según un estudio publicado en la revista *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, entre el 10 y el 12 por ciento de las personas que desarrollan la fase aguda de la enfermedad pueden presentar secuelas articulares; entre ellas, artritis crónica.

## **Complicaciones**

Observaciones durante las epidemias recientes han sugerido que la chikunguña puede causar síntomas a largo plazo después de la infección aguda. Esta condición se ha denominado artralgia crónica inducida por el virus chikunguña. Síntomas a largo plazo no son una observación completamente nueva; se observó artritis a largo plazo después de un brote en 1979.

Predictores comunes de síntomas prolongados a edad avanzada son las enfermedades reumatológicas posteriores. Durante el brote de La Reunión, en 2006, más del 50% de los sujetos mayores de 45 reportó dolor musculoesquelético a largo plazo con un máximo de 60% de las personas que informaron dolor en las articulaciones prolongados tres años después de la infección inicial. Un estudio de casos importados de Francia informó que el 59% de la gente todavía sufría de artralgia dos años después de la infección aguda. A raíz de una epidemia local de

chikungunya en Italia, el 66% de las personas informó dolores musculares, dolores en las articulaciones, o astenia un año después de la infección inicial.

Actualmente, la causa de estos síntomas crónicos no es totalmente conocida. Marcadores de enfermedad autoinmune o reumatoide no se han encontrado en personas que reportaron síntomas crónicos. Sin embargo, hay evidencia en pruebas en seres humanos y animales que sugieren la chikunguña puede ser capaz de establecer infecciones crónicas en el huésped. El antígeno vírico se detectó en una biopsia muscular de una persona que sufre un episodio recurrente de la enfermedad tres meses después de la aparición inicial. Además, el antígeno viral y el virus ARN se encontraron en los macrófagos en la articulación sinovial de una persona que experimentó una recaída de la enfermedad músculo-esquelética 18 meses después de la infección inicial. Muchas pruebas animales sugieren que el virus de la chikunguña puede establecer infecciones persistentes. En un modelo de ratón, el virus ARN se detectó específicamente en el tejido asociado a la articulación, al menos 16 semanas después de la inoculación, y se asoció con sinovitis (inflamación de la membrana sinovial) crónica. Del mismo modo, otro estudio informó la detección de un gen reportero viral en tejido de las articulaciones de los ratones durante semanas después de la inoculación. En un modelo de primate no humano, el virus chikunguña se encontró persistente en el bazo durante al menos seis semanas.

### **¿Cómo se diagnostica el dengue Zika y chikungunya?<sup>25</sup>**

Diagnóstico diferencial Dengue      Dengue / Chikungunya Pruebas      serológicas  
Aislamiento viral. Hidratación oral. En casos de alarma administración de líquidos  
vía venosa Sintomático Reposo, hidratación, analgésicos para control de dolor.

### **El tratamiento consiste en ingesta de líquidos y analgésicos**

El tratamiento está destinado al alivio de los síntomas. La mayoría de las personas se sienten mejor al cabo de una semana, una vez que el virus sigue su curso.

De acuerdo con el testimonio vertido en este proceso por el facultativo Anderson David Peña, quien atendió tanto la primera como la segunda consulta del extinto HARRISON ESTID SANHEZ MEDINA (q.e.p.d), el paciente, consultó por primera vez por cuadro de dolor lumbar, por lo que se le hizo examen físico y de signos vitales, sin que presentara fiebre, su temperatura era normal, se le dio manejo analgésico, se le colocó dipirona y tramadol, dosis para una persona adulta, y se le dio salida con recomendación, aclarando que no hubo historia clínica del paciente. Según fórmula clínica que se registra en la historia clínica de paciente, el servicio de urgencias del Hospital San Rafael del Espinal formuló al señor Harrison Estid Sanchez Medina el día 14 de diciembre de 2015 a las 10:59 de la mañana: i) Dipirona Sol iny 1 g x 22 cc ampolla 1 cada hora durante 30 días y ii) Tramadol Clorhidrato

En este orden de ideas, lo primero que advierte la Sala es que, efectivamente, por la época a que se contrae la presente controversia, según información del Ministerio de Salud, efectivamente se desconocían los protocolos de manejo para

---

25

[https://www.google.com/search?rlz=1C1CHZO\\_esCO899CO899&sxsrf=AOaemvKXnOlwYD827NutGM8up6nBBmfIA:1637791074072&q=Chikungunya+diagn%C3%B3stico&sa=X&ved=2ahUKEwixm76Z\\_7H0AhUKj3IEHW4PBngQ1QJ6BAgiEAE&biw=1600&bih=757&dpr=1](https://www.google.com/search?rlz=1C1CHZO_esCO899CO899&sxsrf=AOaemvKXnOlwYD827NutGM8up6nBBmfIA:1637791074072&q=Chikungunya+diagn%C3%B3stico&sa=X&ved=2ahUKEwixm76Z_7H0AhUKj3IEHW4PBngQ1QJ6BAgiEAE&biw=1600&bih=757&dpr=1)

enfermedades virales como el dengue, el zika y el chincunguya, de suerte que no es posible cuestionar, con total falta de argumentación, el diagnóstico inicial que se hiciera al paciente por no estar apoyado en exámenes clínicos o paraclínicos, pues del examen preliminar al paciente se aprecia que consultó solamente por un cuadro de dolor, y que no presentaba una sintomatología adicional como para sospechar que se trataba de una patología que no pudiera tratarse a través de la dipirona y el tramadol, pues al examen del paciente no presentaba una sintomatología propia de las enfermedades virales.

Ahora bien, de acuerdo con la información que vía internet ha consultado la Sala, es posible apreciar que efectivamente la sintomatología que presentaba al paciente para el momento de la primera consulta era totalmente atípica, corroborando así el criterio del epidemiólogo que rindió concepto y declaración en el proceso, destacando que, para la época de los hechos se carecía de lineamientos científicos para el enfoque y manejo de la enfermedad por el virus del CHICUNGUÑA de acuerdo a medicina basada en la evidencia, ya que la evolución natural de las infecciones virales en nuestro país viene presentándose de manera creciente un aumento de la incidencia en casos de comportamiento atípicos de la enfermedad, incluso existiendo reportes de positividad para aislamiento viral en ausencia de fiebre y de síntomas clásicos para el grupo de enfermedades transmisibles por vectores, destacando así que el grado de compromiso multisistémico potencial para la infección por el virus del DENGUE, CHICUNGUÑA y ZIKA carece de un soporte técnico científico que permita al galeno generar condiciones predictivas en el grupo de pacientes con una consulta inicial sin presencia de condiciones de deterioro clínico.

En efecto, el galeno que atendió al paciente consignó en su historia clínica que se trataba de un “paciente con dolor osteomuscular en brazos y piernas, y que al examen físico se presentaba sin fiebre (afebril), hidratado, apreciando así un cuadro de dolor por cuadro viral, “considerando un manejo analgésico”, por lo que dispuso que el paciente fuera enviado a su casa, con recomendación de reconsulta.

Si la fiebre de Chikungunya se caracteriza por la presencia de *un brote súbito de fiebre, acompañado por dolor en las articulaciones o artritis severa de inicio agudo*, cefalea y la presencia del rash cutáneo, fueron justamente estas manifestaciones las que no presentó el paciente al momento de su primera consulta el 14 de diciembre de 2015, motivo por el cual no le era exigible al hospital demandado diagnosticar con acierto la presencia del Chikunguña en la salud del paciente, y menos, exigirle que acudiera al auxilio de exámenes clínicos y paraclínicos, cuando el diagnóstico médico revelaba que se trataba de un cuadro de dolor de origen viral, que podía ser atendido con la ingesta de medicamentos para el dolor, con advertencia de reconsulta en caso de persistencia del dolor que aquejaba al paciente para el momento de la consulta.

Cabe destacar que según información de las guías médicas consultadas, en desarrollo del compromiso orgánico múltiple de este grupo de enfermedades generalmente no presenta un proceso evolutivo con rápido deterioro como para el caso de este paciente generando condiciones de atipicidad, más aun condicionadas por la demora por parte del mismo paciente para reconsultar, automedicándose, alterando el cuadro patonómico de la enfermedad, lo cual puede presentarse incluso con la sola administración de acetaminofén frenando la aparición de síntomas tan importantes como la persistencia de la misma fiebre siendo este un predictor de mala evolución aun así sobre el manejo inicial.

En este orden de ideas se precisa que en el asunto *sub lite* la queja o deficiencia en la atención médica se orientó inicialmente sobre una presunta falla en la atención del paciente por el hospital demandado, ya que se prescindió de la utilización de los medios científicos o recursos tecnológicos a su alcance, como exámenes de laboratorio en primera consulta, que posibilitaran un diagnóstico acertado del paciente,

A juicio del recurrente, existió una falla en el servicio si el médico tratante de urgencias vuelve y diagnostica los mismos síntomas, solo que, en la segunda ocasión, tardíamente ordena exámenes clínicos para orientar el cuadro, hecho que omitió en su primera consulta y que a la postre resultó nefasto, pues le generó la muerte por no determinar oportunamente la enfermedad que le aquejaba.

Igualmente, a través del recurso de apelación introdujo irregularmente un argumento adicional que ni siquiera aparece enunciado en la demanda, impidiendo que la entidad accionada controvirtiera dicho aspecto, relacionado con la falta de oportunidad o de chance al paciente, advirtiendo que merced a la falta de experiencia del médico Anderson David Peña Mendoza, sin tener la sapiencia ni el consentimiento idóneos y prácticos para enfrentar situaciones de enfermedades tropicales, aunado a que ellos mismos el director de urgencias y el mismo médico manifiestan que desconocían el tratamiento y los síntomas de tan letal enfermedad, debieron recurrir a un especialista, u otro centro hospitalario de mejores conocimientos y recursos para tratar esta enfermedad que les era desconocida, situación que omitieron, causando el deceso del paciente.

¿En este orden de ideas, la Sala se pregunta cuál fue el cúmulo de deficiencias en la atención médica del paciente, y si ese presunto conjunto de deficiencias, fue la causa exclusiva del deceso del paciente, o fue causa de la pérdida o chance para la recuperación del paciente?

**En cuanto al primer punto:** *“la muerte” del paciente tiene su causa en la omisión de la entidad demandada en prescindir de la utilización de los medios científicos o recursos tecnológicos a su alcance, como exámenes de laboratorio en primera consulta, que posibilitaran un diagnóstico acertado del paciente?*

Al respecto no existe prueba que conduzca a la Sala a afirmar que la no ordenación de exámenes clínicos y paraclínicos del paciente para determinar un diagnóstico acertado fueran la causa del deceso del paciente, pues como ya se explicó, el cuadro presentado por el extinto durante la primera consulta, se focalizó en un dolor lumbar, y esa fue la patología tratada por el médico tratante. Y si bien, la muerte del paciente se originó por virus del Chincunguña, es evidente que la sintomatología propia de dicha patología no estaba exteriorizada al momento en que se surtió la primera consulta.

En este sentido, lo que la Sala observa es que las afirmaciones que hace la parte recurrente resultan etéreas, infundadas, huérfanas de cualquier respaldo probatorio, y totalmente contrarias a la evolución de la salud del paciente.

A propósito de la persistencia del dolor agudo, el paciente esperó tres días para reconsultar, llegando al hospital en estado deplorable, tal como lo consigna la historia clínica, donde consta que estando en el laboratorio presentó episodio de disfresis (sic) con supravversión de la mirada con cianosis generalizada, que es traído en camilla en asistolia, se activa código azul con glucometría 159mg/dl, con pupilas mióticas no reactivas con inicio de reanimación cardiopulmonar, con compresiones torácicas y ventilación con dispositivo de máscara con reservorio de oxígeno (ambu) con administración de adrenalina 1 mg cada 3 minutos, en número

de 3 dosis con episodio de fibrilación ventricular con desfibrilación con 360 J con posterior ritmo de taquicardia ventricular con frecuencia cardiaca de 190 por minuto con administración de amiodarona 150mg iv ahora, con posterior agitación psicomotora y taquicardia sinusal con intubación orotraqueal previa sedoanalgesia con midazolam 3 mg, rocuronio 30 mg 30 mg y fentanyl 100 mcg con tubo 7,5 y fijado en 23 con adecuada ventilación, con posterior ritmo sinusal con toma de tensión de 60/40 que no respondió a líquidos endovenosos 2000 c.c., con inicio de norepinefrina a 1,05 mcg/kg minuto, con posterior episodio de fibrilación ventricular con requerimiento de desfibrilación eléctrica con 360 J, y posterior actividad eléctrica sin pulso con administración de adrenalina 1mg iv cada 3 minutos por 20 minutos y compresiones torácicas y ritmo sinusal y persistencia de hipotensión se inicia vasopresina a 1 ui/hora y titular.

Y concluye:

“PACIENTE QUIEN PRESENTA ASISTOLIA SIN RESPUESTA A LA REANIMACIÓN POR 30 MINUTOS PACIENTE FALLECE 18 HORAS”.

En este sentido considera la sala que si merced al lamentable estado de salud del paciente se optó por la práctica inmediata de los exámenes de laboratorio y no por su reanimación, como lo reclama el togado recurrente (afirmación que es totalmente contraria a los registros de su historia clínica), es asunto que corresponde determinar a la ciencia médica y no al desconocimiento supino del togado, quien a propósito de las irrespetuosas manifestaciones que hace en el escrito de sustentación del recurso de alzada, olvidó que su gestión como profesional fue muy limitada, pues jamás se preocupó por investigar el asunto y aprovechar por ejemplo la presencia de los médicos que rindieron declaración en este proceso, en orden a explorar los orígenes de la enfermedad, su desarrollo y desenlace de la misma, apreciándose por ejemplo que el 99% de las preguntas que formuló durante el debate probatorio fueron rechazadas por impertinentes, por total desconocimiento de la ciencia médica, y ante todo, por su confusión. Por ello, no es del resorte profesional que un abogado que dice representar los intereses de los demandantes elabore una demanda de responsabilidad médica, y no presente prueba alguna ni inste su recaudo para probar el daño antijurídico cuya indemnización reclama; pero que además, asista a la audiencia de recepción de testimonios técnicos sin haber consultado una sola línea del tema controvertido, tales falencias, evidentemente no se superan a partir de la descalificación en la actuación del hospital, haciendo afirmaciones tendenciosas como aquella que dice que los medicamentos formulados el día 14 de diciembre de 2015 generaron en el paciente hipotensión, un episodio de diaforesis y cianosis generalizada con posterior asistolia, aseverando que tales síntomas que son resultados adversos o contraindicaciones al suministro de la droga fatídica, endilgando dicho superlativo solo porque en la primera consulta no se ordenó ni practicó examen alguno para diagnosticar la enfermedad del paciente, ni menos para medicarle los calmantes del dolor.

**En cuanto al segundo punto:** *¿la presunta negligencia administrativa en ordenar los exámenes de laboratorio y el traslado a otro hospital de mayor nivel de atención fue causa de la pérdida de “chance” u oportunidad para la recuperación del paciente?*

Para la Sala es claro que la sintomatología presentada por el paciente para la fecha de la primera consulta no imponía al hospital demandado la necesidad de ordenar los exámenes de laboratorio que el recurrente echa de menos, tanto más, si el memorialista funda su descontento en un falso juicio de apreciación, al suponer que como el paciente falleció por el virus de chincunguá, el hospital estaba

compelido *prima facie* a ordenar como fuera la práctica de tales exámenes que, para la Sala resultaban innecesarios, en tanto el paciente no presentaba ninguna de las sintomatologías propias del citado virus, salvo, el dolor articular, que de manera solitaria no sugería la presencia de la policitada virosis; por eso se estima que la medicación formulada (dipirona y tramadol) eran suficientes para calmar o controlar el dolor que presentaba al paciente, y que, en todo caso, estaba obligado a no automedicarse, y a recurrir a la reconsulta en caso de persistencia del dolor, recomendaciones que no acató el paciente.

En este sentido, no es posible aseverar que si el Hospital accionado hubiera ordenado exámenes de laboratorio, sin saber a ciencia cierta para qué propósito, el paciente (q.e.p.d.) habría recuperado su salud; y tampoco se advertía la necesidad de trasladar al paciente a otro centro de salud con mayor nivel de atención, pues en el primer caso, se reitera, se trataba de una patología que se manejó con medicamentos para el dolor, y en el segundo escenario, es evidente que fue el avanzado deterioro en el estado de salud del paciente lo que impidió al hospital una mejor atención para el momento de la reconsulta, ya que para ese momento su estado de salud indiscutiblemente era deplorable.

Caba destacar que para que pueda considerarse existente la pérdida de oportunidad como daño indemnizable en un caso concreto, deben concurrir los siguientes elementos: *(i) Certeza respecto de la existencia de una oportunidad que se pierde, aunque la misma envuelva un componente aleatorio, (ii) Imposibilidad definitiva de obtener el provecho o de evitar el detrimento y, (iii) La víctima debe encontrarse en una situación potencialmente apta para pretender la consecución del resultado esperado.*

A partir de la prueba acopiada, la Sala aprecia que para el momento de la reconsulta, la víctima no se encontraba en una situación potencialmente apta para pretender la consecución del resultado esperado, pues no debe perderse de vista que para la fecha de la reconsulta no fue posible estabilizarlo, y tal circunstancia definitivamente incidió en su total deterioro de salud, al extremo que, a escasas horas de haber ingresado al hospital San Rafael, se produjo su deceso.

En las condiciones anteriores, habrá de CONFIRMARSE la sentencia impugnada, que negó las pretensiones de la demanda.

## **7. Condena en costas.**

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 188 del C.P.A.C.A., salvo en los procesos donde se ventile un interés público, la sentencia dispondrá sobre la condena en costas, cuya liquidación y ejecución se regirán por las disposiciones del Código General del Proceso.

El precitado Estatuto, en su artículo 365, en cuanto a la condena en costas establece en su numeral 1º **que se condenará en ellas a la parte vencida en el proceso, o a quien se le resuelva desfavorablemente el recurso de apelación, casación, queja, súplica, anulación, o revisión que haya propuesto.**

Igualmente, el numeral 4º señala que cuando la sentencia de segunda instancia revoque totalmente la del inferior, la parte vencida será condenada a pagar las costas de ambas instancias.

Por consiguiente, la Sala condenará en costas de segunda instancia a la parte demandante, siempre y cuando se hubieren causado y en la medida de su comprobación, evento en el cual se ordena incluir como agencias en derecho el

equivalente a un (1) salario mínimo legal mensual vigente, de conformidad con lo establecido en el Acuerdo No. 1887 de 2003, expedido por el Consejo Superior de la Judicatura.

Se ordenará que la secretaria del Juzgado de origen se efectúe la correspondiente liquidación, en los términos del artículo 366 del Código General del Proceso.

En mérito de lo expuesto, el Tribunal Administrativo del Tolima, Sala Oral de Decisión, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

### FALLA:

**PRIMERO: CONFIRMAR** la sentencia que negó las pretensiones de la demanda proferida el 04 de marzo del año en curso por el Juzgado Primero Administrativo Mixto del Circuito de Ibagué.

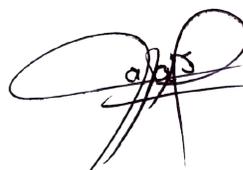
**SEGUNDO:** Condenar en costas de segunda instancia a la parte demandante, en los términos considerados en la parte motiva de esta decisión. Inclúyase en la liquidación el equivalente a quince salarios mínimos legales diarios vigentes para cada uno, por concepto de agencias en derecho.

En firme esta providencia, devuélvase el expediente al Juzgado de origen.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Los Magistrados,

  
ÁNGEL IGNACIO ÁLVAREZ SILVA

  
BELISARIO BELTRÁN BASTIDAS

  
JOSÉ ALETH RUIZ CASTRO

Nota: Se suscribe esta providencia con firma digital y electrónica, ante las medidas de aislamiento preventivo obligatorio decretada por el Gobierno Nacional con el fin de evitar la propagación de la pandemia del COVID-19 – coronavirus- en Colombia. No obstante, se deja expresa constancia que la presente providencia fue discutida y aprobada por cada uno de los magistrados que integran la Sala de Decisión a través de la plataforma tecnológica Teams y correos electrónicos institucionales.

Firmado Por:

**Jose Aleth Ruiz Castro**  
**Magistrado**  
**Oral 006**  
**Tribunal Administrativo De Ibague - Tolima**

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: **f517683a38bbf9283237ab69a39b7bc4dbe0c832d1881b98dd6efd2d200bf038**

Documento generado en 09/12/2021 08:24:16 AM

Valide este documento electrónico en la siguiente URL: <https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>