

República de Colombia



**TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE CUNDINAMARCA
– SECCIÓN TERCERA – SUBSECCIÓN “C”
ESCRITURALIDAD**

MAGISTRADA PONENTE: MARÍA CRISTINA QUINTERO FACUNDO

Bogotá, D. C., treinta (30) de junio de dos mil veintiuno (2021).
(Proyecto discutido y aprobado en Sala de la fecha)

Expediente	110013331033201100226-02
Sentencia	SC3-06-21-3192
Medio de control	REPARACIÓN DIRECTA
Demandante	ANA DELFINA PRADA Y OTROS
Demandado	DISTRITO CAPITAL – SECRETARÍA DE SALUD DE BOGOTÁ, E.S.E. HOSPITAL DE ENGATIVA II NIVEL y E.S.E. HOSPITAL DE SUBA II NIVEL
Asunto	APELACION SENTENCIA
Tema:	EL DEBER ASISTENCIAL COMPRENDE HASTA EL INGRESO DE LA PACIENTE A LA INSTITUCIÓN RECEPTORA, Y TRATANDOSE DE ADOLESCENTE - MENOR DE EDAD, IMPONE UN MAYOR DEBER DE DILIGENCIA, OTEOMIELITIS CRÓNICA - LA NO REMISIÓN EN AMBULANCIA, AUNQUE NO ES CAUSA EFICIENTE DEL DAÑO POR MUERTE, COMPORTA PERDIDA DE OPORTUNIDAD RESPECTO DE LA PROBABILIDAD DE SOBREVIVIR DE LA MENOR DE EDAD VÍCTIMA DIRECTA

De conformidad con lo establecido en los Acuerdos PCSJA20-11517, PCSJA20-11518, PCSJA20-11519, PCSJA20-11521, PCSJA20-11526, PCSJA20-11527, PCSJA20-11528, PCSJA20-11529, PCSJA20-11532, PCSJA20-11546, PCSJA20-11549, PCSJA20-11556 y PCSJA 20- 11567, proferidos por el Consejo Superior de la Judicatura, se ordenó la suspensión de los términos judiciales, por motivos de salubridad pública y fuerza mayor con ocasión de la pandemia originada en el coronavirus - COVID-19, desde el 16 de marzo de 2020 al 01 de julio siguiente, reiniciando a partir de ésta última fecha el conteo de los términos judiciales.

Se trata de recurso de apelación promovido contra sentencia proferida en proceso regido por el Código Contencioso Administrativo – CCA, y por consiguiente, sin modificación por virtud de la Ley 2080 del 25 de enero de 2021, aplicando en lo que corresponda, la normativa del Decreto legislativo 806 de 2020, y en este orden, surtido el trámite previsto en el artículo 212 del precitado CCA, modificado por el artículo 67 de la Ley 1395 de 2010, encuentra para que la Sala provea.

I. OBJETO DE LA DECISIÓN

Desatar el recurso de apelación interpuesto por la activa y la pasiva, **para que respectivamente se modifique parcialmente, y se revoque la sentencia** calendada doce (12) de julio de dos mil diecinueve (2019), proferida por el Juzgado Sesenta y Dos (62) Administrativo del Circuito Judicial de Bogotá, **que accedió parcialmente a las pretensiones de la demanda.**

II- ANTECEDENTES

2.1. DEMANDA Y ARGUMENTOS DE LA ACTIVA

La señora ANA DELFINA PRADA y otros, actuando a través de apoderado judicial y por vía del medio de control de reparación directa, promovieron demanda contra el Distrito Capital - Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, el Hospital de Engativá II Nivel E.S.E. y el Hospital de Suba II Nivel E.S.E., hoy Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., con las siguientes **pretensiones:**

"6.1 DECLARATIVAS:

6.1.1. - *Que se declare a la ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C., SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD - EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO - HOSPITAL DE ENGATIVA II NIVEL y EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - HOSPITAL DE SUBA II NIVEL como responsable administrativamente por la muerte de la menor GINA MARCELA PRADA ocurrida el pasado 1 de abril de 2.009 en las instalaciones de la Empresa Social del Estado Hospital de Suba II Nivel.*

6.1.2. - *Que se declare que el daño antijurídico ocasionado por las entidades demandas (Sic) ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C., SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD-EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO -HOSPITAL DE ENGATIVA II NIVEL y EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - HOSPITAL DE SUBA II NIVEL devino de una falla en la prestación del servicio médico por partes de las demandadas, consistente entre otras faltas, a la omisión de suministrar a la menor GINA MARCELA PRADA de manera oportuna el tratamiento adecuado para diagnosticada dentro de un término prudencial así como de no haber sido diagnosticada dentro de un término prudencial así como de no haber informado oportuna y adecuadamente a la paciente y su representante legal sobre la enfermedad, su tratamiento y sus consecuencias.*

6.1.3. - *Que se declare que como consecuencia de la conducta omisiva por parte de las entidades demandadas ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C., SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD - EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO - HOSPITAL DE ENGATIVA II NIVEL y EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - HOSPITAL DE SUBA II NIVEL consistente en el deficiente tratamiento a la enfermedad de OSTIOMELITIS CRONICA, padecida por la menor GINA MARCELA se produjo la enfermedad infecciosa de SEPTICEMIA.*

6.1.4. - Solicito respetuosamente señores Magistrados que de no prosperare! Título de Imputación de la falla del servicio propuesto en la demandada, se sirvan dar aplicación al Principio Jurisprudencial *Iura Novit Curia*.

6.2. CONDENA:

Que como consecuencia de las declaraciones anteriores se condene a la ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C., SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD - EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO - HOSPITAL DE ENGATIVA II NIVEL y EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - HOSPITAL DE SUBA II NIVEL a reparar directamente los daños de orden material y moral que por el fallecimiento de su pariente al interior del Hospital de Suba II Nivel Empresa Social del Estado hayan causados (Sic) a los demandantes como sigue:

6.2.2. - PERJUICIOS DE ORDEN MATERIAL

A favor de su menor hijo JHONA TAN CAMILO MORENO PRADA hoy representado por su señora abuela la señora ANA DELFINA PRADA:
(...)

TOTAL POR INDEMNIZACIÓN CONSOLIDADA A MAYO 6 DE 2011:

La suma de TREINTA Y UN MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS M/CTE (\$31.743.276 M/CTE) (...)

TOTAL INDEMNIZACIÓN FUTURA: La suma de TRESCIENTOS TREINTA Y UN MILLONES SETECIENTOS CUARENTA MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE (\$331.740.500.00 M/CTE) (PROYECCIÓN DE LOS INGRESOS QUE CONFORME A LA RENTA ACTUALIZADA HABRÍA DE PERCIBIR LA DIFUNTA ENTRE EL 30 DE JUNIO DE 2011 Y LA FECHA PROBABLE DE PERCIBIR LA DIFUNTA ENTRE EL 30 DE JUNIO DE 2011 Y LA FECHA PROBABLE DE SU MUERTE DE ACUERDO CON LA TABLA COLOMBIANA DE MORTALIDAD).

6.2.3. - TOTAL LUCRO CESENTE (Sic)

La suma de TRESCIENTOS SESENTA Y TRES MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL SETECIENTOS SETENTA Y SEIS. (\$363.483.776.00 M/CTE), monto que deber (Sic) actualizarse hasta la fecha en se (Sic) realice su pago.

6.3. - PERJUICIOS MORALES

6.3.1. - Sufridos por ANA DELFINA PRADA (madre), JHONATAN CAMILO MORENO PRADA (hijo), CESAR AUGUSTO PRADA (hermano), LUZ (Sic)

6.3.1.1. - Causados por la congoja, la pena que sufrieron y sufren su madre, su hijo y hermanos, como consecuencia de la muerte de la menor GINA MARCELA PRADA (Q.E.P.D.), al interior de las instalaciones de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE SUBA II NIVEL ubicado en la Av. Carrera 104 No 152 C 50 en la ciudad de Bogotá D. C.

6.3.1.2 - Estimados en cien (100) salarios mínimos legales mensuales para cada uno de los perjudicados, reconocimiento que se hará de acuerdo al salario mínimo legal mensual vigente a la fecha de la presentación de la presente solicitud y hasta que se consolide el pago en caso de llegarse a un acuerdo conciliatorio.

6.3.1.3.- Las costas y gastos que se generen dentro del presente trámite incluyendo agencias en derecho."¹

¹ Folios 18-22 del cuaderno principal.

En fundamento aduce en síntesis los siguientes **hechos**:

El 12 de abril de 2007, la menor Gina Marcela Prada acudió al servicio de urgencias del Hospital de Suba II Nivel E.S.E. por un dolor intenso en cicatriz quirúrgica en su muslo derecho, razón por la que fue hospitalizada para manejo antibiótico e interconsulta con ortopedia.

Según resultado de radiografías, la paciente presentaba remodelación que comprometía el tercio distal de la diáfisis femoral con aumento de la medular el cual se correlacionaba con antecedente quirúrgico, y también, se observó edema² de tejidos blandos en la cara lateral del muslo.

El 15 de abril de 2007, se le realizó drenaje de secreción purulenta en la región lateral del tercio medio del muslo derecho. El 28 de agosto de 2007, en consulta por ortopedia, se le diagnosticó **osteomielitis crónica** de fémur derecho secundario a fractura ocurrida nueve años atrás, con evolución de tres meses con tratamiento quirúrgico y antibióticos, sin embargo, ante la persistencia de secreción, se le formuló trimetropin sulfa por treinta días. El 15 de noviembre de 2007, acude nuevamente al Hospital de Suba II Nivel E.S.E., por persistencia de dolor en muslo derecho, diagnosticándosele una fístula³.

El 28 de enero de 2008, acude a consulta de control, donde se ordenó y practicó cirugía. Sin embargo, cinco semanas después del procedimiento, requirió acudir nuevamente al Hospital del Suba II Nivel E.S.E., por dehiscencia⁴ de la herida y fístula en el sitio, ordenándosele antibióticos por dos semanas.

El 17 de marzo de 2008, acude a cita de control, por salida de pus y tratamiento para el dolor, se ordena valoración por ortopedia, manejo y controles por medicina especializada, así como el suministro de naproxeno.

² "El edema es una hinchazón causada por el exceso de líquido atrapado en los tejidos del cuerpo. Si bien el edema puede afectar cualquier parte del cuerpo, se puede observar con mayor frecuencia en las manos, los brazos, los pies, los tobillos y las piernas". Consultado en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/edema/symptoms-causes/syc-20366493>

³ "Es una conexión anormal entre dos partes del cuerpo, como un órgano o un vaso sanguíneo y otra estructura. Generalmente, las fístulas son el producto de una lesión o cirugía. Las infecciones o inflamaciones también pueden provocar que se forme una fístula.". Consultado en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002365.htm>

⁴ "Se denomina **dehiscencia** en el ámbito sanitario, a una complicación quirúrgica en el que la herida se separa o se abre repentinamente, por lo regular sobre una línea de sutura." Consultado en: [https://es.wikipedia.org/wiki/Dehiscencia_\(medicina\)](https://es.wikipedia.org/wiki/Dehiscencia_(medicina))

El 25 de marzo de 2009, acude por urgencias al Hospital de Engativá II Nivel E.S.E., donde a pesar de haber valorada, y ordenado tratamiento antibiótico intravenoso, no le fue suministrado, en razón a que su aseguradora no había autorizado la hospitalización en dicho centro médico, razón por la cual se le dio la orden de referencia para que acudiera por sus propios medios al Hospital de Suba II Nivel E.S.E.

El día 28 de marzo de 2009, acude nuevamente al Hospital de Engativá II Nivel E.S.E., donde fue valorada por médico general y médico especialista en ortopedia, surtiéndose su traslado al Hospital de Suba II Nivel E.S.E., institución en la que a su ingreso se registra un diagnóstico de 20 días de evolución de astenia⁵, adinamia⁶ y tos seca, dificultad respiratoria, en mal estado general. Surtida la valoración se determinó un pésimo estado general, con sepsis⁷ de origen óseo y falla respiratoria, por lo que fue remitida a la Unidad de Cuidados Intensivos con soporte ventilatorio y hemodinámico.

El 29 de marzo de 2009, ante su crítica situación, fue intubada y presentó paro en ritmo de actividad eléctrica, requiriendo maniobras de reanimación a las que respondió adecuadamente. El 30 de marzo de 2009, fue intervenida quirúrgicamente, sin embargo, falleció el 1 de abril de 2009, bajo el diagnóstico de septicemia y neumonía.

2.2 SENTENCIA OBJETO DE APELACIÓN

El Juez Sesenta y Dos (62) Administrativo del Circuito Judicial de Bogotá⁸, declaró probada la excepción de falta de legitimación en la causa por pasiva del Distrito Capital – Secretaría de Salud Distrital de Bogotá.

⁵ “La astenia puede definirse como la sensación subjetiva de incapacidad para llevar a cabo los actos de la vida normal diaria. En ocasiones, se utilizan fatiga y debilidad como sinónimos de astenia, sin embargo tales términos implican conceptos diferentes. Así, la fatiga es la aparición precoz de cansancio una vez iniciada una actividad física habitual, mientras que la astenia es una sensación de cansancio previo. La debilidad, por su parte, supone la pérdida de fuerza en algún miembro o en toda la musculatura, que impide la finalización de una actividad cotidiana.” Consultado en: <https://www.portalfarma.com/Ciudadanos/saludpublica/consejosdesalud/Paginas/astenia.aspx>

⁶ “La **adinamia** es un síntoma que produce debilidad muscular con fatiga fácil; puede ser caracterizado por la ausencia de movimiento o reacción, lo que puede llevar a un estado de **postración**. Las causas pueden ser físicas o psicológicas. Falta o pérdida de la fuerza vital normal.” Consultado en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Adinamia>

⁷ “La sepsis es la respuesta abrumadora y extrema de su cuerpo a una **infección**. La sepsis es una emergencia médica que puede ser mortal. Sin un tratamiento rápido, puede provocar daños en los tejidos, falla orgánica e incluso la muerte.” Consultado en: <https://medlineplus.gov/spanish/sepsis.html>

⁸ Ver folios 1056 a 1105 del cuaderno de continuación del principal.

Asimismo, declaró probada la excepción de "*inexistencia de nexo causal*" propuesta por el Hospital de Suba II Nivel E.S.E. y las denominas "*inexistencia de nexo causal*" e "*inexistencia de responsabilidad extracontractual de los demandados - Hospital de Suba II Nivel E.S.E.*", propuesta por La Previsora S.A. - Compañía de Seguro; por no encontrar probado que se hubiera negado a atender a Gina Marcela Prada, y evidenciar establecido que, para el 25 de marzo de 2009, además, los medios de prueba evidencian que para el 29 de marzo de 2009 las condiciones generales eran malas y difíciles de compensar.

“Condenar al **Hospital do Engativá II Nivel E.S.E.**, hoy Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., a reconocer y pagar por concepto de perjuicios materiales en la modalidad de lucro cesante, a favor Jhonatan Camilo Moreno Prada, la suma total de \$64.358.083.de responsabilidad administrativa al **Hospital de Suba II Nivel E.S.E.**, hoy Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., y a **La Previsora S.A. - Compañía de Seguro**, de acuerdo a lo considerado en precedencia.al **Hospital de Engativá II Nivel E.S.E.**, hoy Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., al pago de las costas, lo cual incluye los gastos procesales y las agencias en derecho las cuales se tasan en \$2.574.323, de conformidad con la parte considerativa de la providencia.”

La sentencia de Primera Instancia, señaló que el tratamiento brindado a la menor Gina Marcela Prada, al menos entre el año 2007 y el mes de febrero de 2009, fue adecuado e idóneo, por cuanto se le suministraron diversos servicios de salud y diferentes tratamientos en procura de mejoría. Además, la osteomielitis es un padecimiento caracterizado por recaídas y exacerbaciones, por cuanto se trata de una enfermedad infecciosa y crónica en los huesos, de muy difícil recuperación, de modo que las diversas intervenciones quirúrgicas obedecieron al curso normal de la enfermedad, sin que ello implique un error u omisión en la prestación del servicio de salud. Gina Marcela Prada, entre el 25 de marzo y el primero de abril de 2009. que la paciente acudió el 25 de marzo de 2009, a urgencia del Hospital de Engativá II Nivel E.S.E., a las 12:26 p.m., con motivo de la consulta de "*15 días dolor en muslo derecho, anoche fiebre antecedente fractura fémur derecho + osteomielitis*"⁹. Oportunidad en la que si bien se ordenaron los servicios médicos del plan de manejo, incluidos hospitalización, tratamiento antibiótico intravenoso biconjugado (oxacilina, amikacina y dipirona) y dependiendo evolución clínica programación de

⁹ CD f. 845 C. Ppal. 2, archivo "GINA MARCELA PRADA Engativá", P. 4.

lavado, drenaje y curetaje de fémur. Dichos servicios no fueron prestados en el Hospital de Engativá II Nivel E.S.E. por cuanto la E.P.S. aseguradora de la paciente no los había autorizado, en razón a lo cual a la paciente le dieron salida para que por su propia cuenta realizara el proceso de contrarreferencia en el Hospital de Suba II Nivel E.S.E. *tampoco existe certeza de que el personal médico, asistencial o administrativo del referido hospital haya informado a la paciente de la gravedad de la patología que estaba cursando, ni de la urgencia del tratamiento y seguimiento intrahospitalario que ya había sido ordenado. Contrario a lo anterior, el Hospital de Engativá II Nivel E.S.E. trasladó la responsabilidad del trámite de contrarreferencia a la paciente y a sus familiares.*”.

marco normativo de la referencia y contrarreferencia de los pacientes previsto en el Decreto 2757 de 1991, debía garantizar la remisión adecuada de los usuarios hacia la institución del grado de complejidad requerida, que se responsabilizara de su atención, siendo como institución referente, el responsable de la atención del usuario o del elemento objeto de remisión, hasta que ingresara a la institución receptora, y en virtud del artículo 17 del Decreto 4747 de 2007, responsable como institución referente, del manejo y cuidado de la paciente hasta que ingresara en la institución receptora.

A partir de la cual evidencia la configuración de una falla en la prestación de los servicios de salud atribuible al Hospital de Engativá II Nivel E.S.E., en contraste con el marco normativo de la referencia y contrarreferencia de los pacientes previsto en el Decreto 2757 de 1991, conforme al cual las entidades públicas o privadas del sector salud, que hayan prestado la atención inicial de urgencias, deben garantizar la remisión adecuada de los usuarios hacia la institución del grado de complejidad requerida, que se responsabilice de su atención, siendo en este caso la institución referente, la responsable de la atención del usuario o del elemento objeto de remisión, hasta que ingrese a la institución receptora¹⁰. En igual sentido señala el Decreto 4747 de 2007, en su artículo 17 que la responsabilidad del manejo y cuidado del paciente es del prestador remitente hasta que ingrese en la institución receptora. Supuestos a partir de los cuales señala: lo cierto es que la entidad que prestó el servicio de urgencias, denominada también entidad remitente, no se aseguró del efectivo ingreso de la paciente a la institución receptora. Situación que incidió en la atención tardía recibida por aquella, en tanto que no está acreditado que la paciente hubiese asistido al Hospital de Suba II Nivel

¹⁰ C.E., Sec. Tercera, Sent. mar. 1/2018, Exp. 43269. M.P. Marta Nubia Velásquez Rico.

E.S.E. en la mencionada fecha, pues si bien la parte actora aduce que Gina Marcela acudió allí por sus propios medios y con la orden de referencia emitida por el Hospital de Engativá II Nivel E.S.E. pero que se negaron a brindarle la atención requerida, lo cierto es que los medios de prueba no dan certeza de dichas aseveraciones. atribúidle al Hospital de Engativá II Nivel E.S.E., quien al conocer de la infección que cursaba en el organismo de Gina Marcela Prada omitió la carga obligacional que indica que el hospital remitidor es responsable del paciente hasta que este sea efectivamente ingresado en el hospital receptor, en este caso, hasta que la paciente fuera aceptada en el Hospital de Suba II Nivel E.S.E.”

Coloca de relieve que, el 28 de marzo de 2009, a las 10:15 a.m., la menor reingresa al servicio de urgencias del Hospital de Engativá II Nivel E.S.E., refiriendo empeoramiento de los síntomas iniciales, presentando deterioro, edema, calor y rubor, así como eritema con secreción purulenta en muslo derecho, y en esta oportunidad, siendo las 12:24 p.m., solicita su remisión al Hospital de Suba II Nivel E.S.E., y tramita su traslado en ambulancia luego de haber sido aceptada por ortopedista de turno; institución donde se hospitaliza a las 00:18 horas del 29 siguiente, con impresión diagnóstica de insuficiencia respiratoria y embolia pulmonar, por lo que determina plan diagnóstico y terapéutico; el 30 del mismo mes y año, según evolución, la ecografía de muslo derecho reveló una colección en muslo con trayecto fistuloso o conexión anormal en comunicación con fémur, por lo que se dispuso manejo quirúrgico urgente, procedimiento que se realizó en la misma fecha, sin evidenciar salida de secreción en el fémur y ordenó hemocultivo, que conforme a reporte del 01 de abril siguiente, arrojó crecimiento de estafilococo aereus.

Destaca en fundamentación de la imputación y condena, que en concepto del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, la muerte de la paciente se derivó de complicación del cuadro de osteomielitis crónica en el sitio de la fractura asociada a extenso proceso inflamatorio fistulizado en tejidos blandos circundantes que desencadenó cuadro de sepsis, choque séptico secundario.

La concausalidad la sustento en que la víctima también contribuyó en la concreción del daño, porque habiendo egresado del Hospital de Engativá II Nivel E.S.E. con una orden de referencia para su hospitalización en el Hospital de Suba II Nivel E.S.E., no está efectivamente probado que ésta hubiese acudido a dicho centro asistencial el citado 25 de marzo de 2009, pues nada dice su historia clínica y las

declaraciones recibidas en la etapa probatoria son poco claras respecto de esta situación, y finiquita que la paciente como su familia mostraron una actitud pasiva entre la tarde del día 25 de marzo de 2009 y la mañana del día 28 del mismo mes y año; determinándose un porcentaje de participación de la víctima en la causación del daño del 30%, que descontó de la tasación de los perjuicios, de los cuales es de destacar, **se reconoció lucro cesante al favor del menor Jonathan Camilo Moreno Prada**, liquidado a partir del salario mínimo, desde la fecha en que la víctima directa hubiera adquirido la mayoría de edad, y hasta que el joven Jhonatan cumpliera los 25 años.

Premisas en orden de las que imparte la siguiente condena:

“ (...)

QUINTO: CONDENAR al Hospital de Engativá II Nivel E.S.E., hoy Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., a reconocer y pagar por concepto de perjuicios inmateriales en la modalidad de daño moral, a favor de las personas que a continuación se señalan una suma equivalente en salarios mínimos mensuales legales vigentes (S.M.M.L.V), así:

Beneficiario	Calidad	Monto en SMLMV
Ana Delfina Prada	Madre	70 SMLMV
Jhonatan Camilo Moreno Prada	Hijo	70 SMLMV
César Augusto Prada	Hermano	35 SMLMV
Luz Ofelia Robayo Prada	Hermana	35 SMLMV

SEXTO: CONDENAR al Hospital do Engativá II Nivel E.S.E., hoy Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., a reconocer y pagar por concepto de perjuicios materiales en la modalidad de lucro cesante, a favor Jhonatan Camilo Moreno Prada, la suma total de \$64.358.083.

SÉPTIMO: ABSOLVER de responsabilidad administrativa al **Hospital de Suba II Nivel E.S.E.**, hoy Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., y a **La Previsora S.A. - Compañía de Seguro**, de acuerdo a lo considerado en precedencia.

OCTAVO: CONDENAR al Hospital de Engativá II Nivel E.S.E., hoy Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., al pago de las costas, lo cual incluye los gastos procesales y las agencias en derecho las cuales se tasan en \$2.574.323, de conformidad con la parte considerativa de la providencia.”

2.3 RECURSOS DE APELACIÓN

2.3.1.- La activa¹¹ pretende se modifique el fallo de primera instancia a efectos que se declare la responsabilidad extracontractual del Hospital de Suba II Nivel E.S.E., y se conceda indemnización plena pues no se configura concausa.

Aduce en fundamento, que durante los meses de enero a marzo de 2009, la menor Gina Marcela Prada concurrió al Hospital de Suba II Nivel E.S.E., y al Hospital de Engativá II Nivel E.S.E., por dolencias presentadas en su pierna derecha en razón a fractura con antecedente de Osteomielitis Crónica, y recalca que *“en efecto en el último mes de vida la menor GINA MARCELA concurre junto con su madre al Hospital de Suba dentro del periodo comprendido entre el 12 y 17 de marzo de 2009 sin que esa Institución contemplará la posibilidad de tratar a la menor con el procedimiento sugerido por esa misma institución en la contestación a la demanda.”*.

A saber, toma de biopsia del hueso afectado para estudio histopatológico y microbiológico, retiro de material de osteosíntesis, y el retiro de la prótesis, uso de catéter especial para uso crónico, con medicamentos costosos y con efectos secundarios¹², *“y es que la patología que presentaba la menor OSTEOMELITIS no*

¹¹ Recurso de apelación interpuesto el 5 de agosto de 2019, visible a folios 1107 al 1120 de la continuación del cuaderno principal.

¹² A folios 183 y 184 del cuaderno principal, en el acápite de inexistencia de nexo causal, el Hospital de Suba señala en su contestación de la demanda que: “si bien la paciente consultó durante 2 años por la patología de osteomielitis, también lo es que el hospital a través de su personal médico y asistencial brindaron a la menor el tratamiento adecuado, esto es, que realizaron los lavados quirúrgicos y se ordenó el tratamiento antibiótico apropiado (oxacilina) para el tipo de bacteria (estafilococo aureus) que presentaba la paciente y que fue diagnosticado luego de haber realizado los exámenes pertinentes. De otra parte la misma literatura médica nos demuestra que la OSTEOMIELITIS es una patología recurrente y que pese a los esfuerzos realizados por esta institución, la paciente no respondió favorablemente a cada uno de los tratamientos instaurados, teniendo recaída de la infección y que desafortunadamente desencadenaron en el fallecimiento de la menor.

Infectología de Tijuana.com Hospital Ángeles (Tijuana) – Dr. Samuel Navarro Álvarez, Médico Internista e Infectólogo. – OSTEOMIELITIS. *“La osteomielitis o infección de los huesos es una enfermedad relativamente frecuente sobre todo en personas que han sido sometidos a cirugía del hueso, ejemplo de esto son la fijación quirúrgica de fracturas, colocación de prótesis (cadera, rodilla, etcétera); otras causas frecuentes de osteomielitis son las fracturas expuestas (exposición del hueso fuera de la piel), infecciones crónicas de tejidos blandos (pie diabético, úlceras por presión infectadas, etcétera) y en raras ocasiones resulta como consecuencia de infecciones a distancia (neumonía, endocarditis, abscesos no drenados, etcétera), estas últimas se deben a la siembra de bacterias a través de la sangre.*

Las osteomielitis son infecciones de difícil manejo tanto para el médico como para el paciente, pues son infecciones que se tornan crónicas, de difícil tratamiento y frecuentemente tienen recaída de la infección aparentemente curada.

La osteomielitis no es el equivalente a la pérdida del hueso afectado o amputación como mucha gente (incluyendo médicos) piensa, sin embargo para lograr una curación y evitar la amputación si es necesario tomar algunas ocasiones pueden parecer drásticas tanto para pacientes como para los propios médicos, esto es, toma de biopsia del hueso afectado (toma de un pequeño fragmento) para estudio histopatológico y microbiológico, retiro de material de osteosíntesis (tornillos, clavos, placas, etcétera) y el retiro de la prótesis. Debido a que el tratamiento médico será prolongado (hasta por dos meses), de administración intravenosa (se requiere de colocar un catéter especial para uso crónico), con medicamentos costosos y con efectos secundarios; es indispensable tener bien documentado el germen que está generando la infección (biopsia) pues de lo contrario se corre el riesgo de que al finalizar el tratamiento el paciente continúe con infección, mayor daño óseo y sin dinero.

El tratamiento de la osteomielitis es individualizado, este dependerá del tipo de germen o gérmenes que están generando la infección, si existe o no la presencia de material de fijación (interno o externo), el hueso afectado y de la presencia o no de material de fijación (interno o externo), el hueso afectado y de la presencia no de secuestros óseos (hueso muerto que funciona como nicho de bacterias).”

es potencialmente mortal por lo que era viable realizar el procedimiento sugerido por el Hospital de Suba con el que seguramente se hubiera podido evitar el fallecimiento de la menor.”

Señala que contrario a lo afirmado en la sentencia apelada, el Hospital de Suba, sí tuvo conocimiento del delicado estado de salud de la menor antes del 28 de marzo de 2009, pues asistió a consulta control de osteomielitis el 27 de febrero de 2009; el 12 de marzo de 2009, asistió a consulta según la historia clínica por “*cuadro de 7 días de evolución consistente en dolor tipo opresivo en muslo derecho de moderada intensidad progresivo e intermitente*”, por lo cual, “*se evidencia que para ese momento la menor ya presentaba síntomas notorios de la infección que podía comprometer su vida sin que en la historia clínica se haya registrado haber suministrados un tratamiento cómo el sugerido en la contestación de la demanda y mucho menos haber suministrado un consentimiento informado en este sentido*”.

También, asistió a consulta del 17 de marzo de 2009 al Hospital de Suba, en relación a la cual la historia clínica señala como motivo de consulta “*refiere, le sale materia pus de la pierna lesionada (...) último control por ortopedia hace 5 días al parecer todo bajo control le tomaron rx y laboratorios se descartó que fuera algo de origen infeccioso.*”. por tanto, “*nuevamente se evidencia que el tratamiento realizado el 12 de marzo de 2009 no tuvo un progreso de mejoría por lo que debió realizarse el procedimiento sugerido por el mismo hospital de suba y a su vez se ha debido consignar en la historia clínica la información suministrada a la paciente respecto de la patología y las consecuencias colaterales de la misma.*”

Secuencia en la cual concluye que “*sin lugar a dudas y contrario a lo concluido por el Honorable Despacho de Conocimiento, El HOSPITAL DE SUBA es igualmente responsable del nefasto resultado que generó el fallecimiento de la menor GINA MARCEL PRADA, sí se tiene en cuenta que entre los días **27 de febrero, 12 de marzo y 17 de marzo de 2009** la menor acude insistente a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE SUBA II NIVEL por el grave estado y malestar*

Por tanto, es ilógico que se nos llame a responder por las consecuencias de un acto que no es atribuible al Hospital de Suba II Nivel E.S.E. Debe la parte actora probar que el daño alegado, fue consecuencia directa e inequívoca de la falla del servicio. El Hospital de Suba II Nivel E.S.E, actuó de acuerdo a los protocolos y practicas médicas, como se demuestra en la historia clínica de la paciente.”

presentado en su pierna derecha, la menor fue trata (sic) sin que el procedimiento reflejara un resultado positivo de mejoría y por el contrario se observa una evolución infecciosa que pudo ser prevenida o al menos advertida a la paciente.”

Agrega el recurrente, que motivada por el continuo malestar, la menor decide acudir el 25 de marzo de 2009, al Hospital de Engativá institución que contra de todos los protocolos decide remitir a la MENOR por sus propios medios al Hospital de Suba sin efectuar el procedimiento descrito el Decreto 4747 de 2007, tal como adecuadamente lo analizó la Juez de Primera Instancia. Y afirma que:

“4.9.- La menor con posterioridad al 25 de marzo de 2009 en reiteradas oportunidades concurre a Urgencias del Hospital de Suba donde no es atendida. (Ver repuesta cuestionario Hospital de Engativa folio 541 a 546) (ver folio 546) y (respuesta cuestionario Hospital de Engativa folio 670 a 675 (ver folio 673)).

4.10.- Durante los últimos tres (3) meses de vida a la paciente no se le realizó un procedimiento como el sugerido por el mismo Hospital de Suba Nivel II con el fin de evitar los efectos de la infección que atacó todo su sistema inmunológico.

4.11.- El HOSPITAL DE SUBA sin lugar a dudas habiendo documentado los síntomas desde el **12 de marzo de 2009** no consideró realizar un procedimiento como el sugerido en la misma contestación y por el contrario se dejó a su suerte a la menor con una infección que diez (10) días después traería como resultado su deceso.

(...)

Tal y como se probó el Hospital de Engativá tampoco informó a la paciente o su madre sobre la gravedad de la patología que estaba cursando y mucho menos la urgencia de hospitalización, trasladando esa responsabilidad a la paciente en los términos que lo reconoció la Sentencia apelada.

(...)

Pues bien, el reparo a la sentencia en este punto se centra en que en dicha providencia tal y como lo advertimos en líneas anteriores no se tuvo en cuenta que la menor Gina Marcela Prada acudió los días 12 y 17 marzo 2009 al Hospital de Suba y que para esa época ya presentaba síntomas infecciosos pues para el 28 de marzo de 2009 el mismo Hospital de Suba había concluido que la menor presentaba un cuadro infeccioso con una evolución de 20 días.

(...)

Del reporte contenido en la historia clínica de ese día, es decir, 12 de marzo de 2009, no se evidencia que a la menor o su madre se le haya suministrado la información necesaria y requerida sobre su patología como tampoco se evidencia que se le haya prevenido sobre la importancia de acudir en el menor tiempo posible si persistía algún síntoma infeccioso y mucho menos se le previno de la posibilidad de contraer un foco infeccioso que comprometería su integridad.

Como se evidencia en la historia clínica del Hospital de Suba la menor acude nuevamente a esa institución hospitalaria el 17 de marzo de 2009 sin que se evidencie que dicha entidad haya tomado las medidas necesarias para descartar un foco infeccioso que pudiera prolongarse o evolucionar y mucho menos en su historia clínica se registró la información brindada al paciente ni menos se consignó alguna prevención respecto de contraer un foco infeccioso.

La responsabilidad de esa Institución Hospitalaria se puntualiza en nuestro sentir en que durante el periodo comprendido en el mes de febrero a marzo de 2009 en las oportunidades que la menor concurrió a esa Institución advirtiendo su molestia en su pierna derecha no se le advirtió en los términos que ordena la ley 23 de 1981 sobre las complicaciones y efectos secundarios de su enfermedad y particularmente sobre la probabilidad de contraer una infección.”

Estima también que encuentra probada la asistencia de la menor con posterioridad al 25 de marzo de 2009, al Hospital de Suba, a partir de la anotación de reingreso de la paciente al Hospital de Engativá, según la cual se indica que aquella *“refirió que consultó por no haber sido atendida en urgencias del Hospital de Suba”*, del testimonio rendido por la señora Yolanda Murillo (según la cual la paciente acudió después del 25 de marzo de 2009 en varias ocasiones a Urgencias del Hospital de Suba donde no fue atendida), y de los informes rendidos por dicho hospital.

Afirma que la menor Gina Marcela Prada junto con su madre regresaron el 28 de marzo de 2009 al hospital de Engativá con el fin de que fuera hospitalizada en dicha institución en razón a que el Hospital de Suba negó la prestación del servicio.

En el ingreso al Hospital de Suba se registra que se trata de paciente con 20 días de evolución, premisa a partir de la cual considera que *“resultó muy desafortunado para la menor que habiendo sido valorada el 12 y 17 de marzo de 2009 en el Hospital de Suba no se le haya informado e ilustrado sobre la posibilidad de presentar una infección en su pierna con ocasión a las evidencias físicas que así lo reflejaban así como que tampoco se le haya ilustrado a la menor o sus familiares sobre la complejidad de su patología.”*.

El 1 de abril de 2009, se estableció en la historia clínica que la causa del fallecimiento de la paciente fue producto de una septicemia cuyo origen es la osteomielitis crónica con evolución de más de (20) días anteriores a su deceso.

En la historia clínica no se registra que para el 12 y 17 de marzo de 2009, a la menor o su representante legal se les haya informado sobre las posibles complicaciones de su patología y los efectos secundarios de la misma ante un cuadro infeccioso, por el contrario sobre este punto en la contestación de la demanda el Hospital de SUBA expreso no constarle, pese a que de conformidad con la ley 23 de 1981, en aquella debe constar toda la información y actividad relacionada con el paciente y su enfermedad, y a su turno conforme a la Circular 005 de 2006, de la Secretaria Distrital de Salud, recomienda que es pertinente informar a todos los pacientes sobre las características del acto médico, tanto del diagnóstico, como del tratamiento, advertirlos sobre sus riesgos y recalcar que la medicina no es una ciencia exacta, dejando constancia de ello en la historia clínica, y en la atención de urgencias, el médico también debe informar al paciente o sus familiares sobre el pronóstico de la patología que presenta, los riesgos y los efectos colaterales de las intervenciones necesarias para su tratamiento.

Para el 17 de marzo de 2009, la paciente ya presentaba un grado infeccioso comprometedor el cual no fue tratado en los términos y condiciones sugeridos por el mismo Hospital de Suba en la contestación de la demanda, sin embargo, la infección no fue debidamente tratada y mucho menos informada, al punto que diez (10) días después es decir el 25 de marzo de 2009, acude al Hospital de Engativá donde ya se evidenciaba la gravedad y el progreso de la infección.

De haberse brindado una atención adecuada en las asistencias previas al 28 de marzo de 2009, pudo haberse evitado la infección y su resultado final, sin embargo, siempre se recomendó consumir medicamentos que no atacaban la infección de manera radical. *“Resulta inexplicable que, para el 17 de marzo de 2009, el Hospital de Suba no haya descartado la posible infección que acabaría con la vida de la paciente y mucho menos haya informado a la paciente de la posibilidad de contraer un foco infeccioso que comprometiera su vida y que después el mismo hospital el 28 de marzo de 2009 en la historia clínica consigne que la paciente presentaba un foco infeccioso de 20 días*

evolución.”

En efecto, conforme a los registros de la historia clínica, la menor antes del 28 de marzo de 2009, había concurrido en dos oportunidades 12 y 17 de marzo de 2009, al Hospital de Suba sin que se le brindara un tratamiento eficaz, o por lo menos se le advirtiera sobre la gravedad de la enfermedad y mucho menos sobre las consecuencias secundarias.

No procede la concausa endilgada a los demandantes, pues la paciente era una persona que demandaba una mayor protección por parte del Estado al ser una menor de edad, además sus familiares “*son sujetos de una condición socioeconómica baja con un grado limitado de escolaridad*”. Además, la circunstancia de haber agotado la menor y sus familiares todos los mecanismos que consideraron en su momento necesarios para que fuera atendida, evidencian la ausencia de culpa o su incidencia en el resultado final.

2.3.1.- La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.¹³, considera que la sentencia de primera instancia debe ser revocada y en su lugar negar las pretensiones de la demanda, advertido que no se configura responsabilidad en cabeza de las instituciones de salud que atendieron a la menor Gina Marcela Prada.

En sustento arguye que fue atendida el 25 de marzo de 2009, por dolor en muslo derecho que dificulta la marcha, escalofríos y fiebre, así como secreción no fétida de cicatriz. Plan de manejo, hospitalización, tratamiento antibiótico, y de acuerdo a evolución lavado y drenaje de fémur. Sin embargo, la aseguradora de la paciente no autorizó la hospitalización en el Hospital de Engativá, por lo que se dio orden de referencia, para que asistiera por sus propios medios al Hospital de Suba, se le da salida con recomendaciones, y la EPS no envió a ambulancia para el traslado.

¹³ Recurso de apelación interpuesto el 5 de agosto de 2019, visible a folios 1121 al 1129 de la continuación del cuaderno principal.

En la historia clínica no aparece registro alguno entre el 25 y el 27 de marzo de 2009, de consulta de la paciente, circunstancia que desconoce las recomendaciones médicas efectuadas con ocasión de su salida el 25 en mención, y solo acude nuevamente al Hospital de Engativá hasta el 28 de marzo a las 10+15 horas. Ante el mal estado en que acude, a pesar de no tener cobertura en la institución, se gestionó internamente el traslado al Hospital de Suba, donde a pesar de la atención y los esfuerzos del personal médico, por su mal estado finalmente fallece el 1 de abril de 2009.

La familia conocía adecuadamente del estado de salud y cuadro clínico de la paciente, dado que acudieron en varias ocasiones a urgencias y controles de su cuadro clínico, premisa que refuerza indicando:

“A propósito del estado de salud de la paciente Gina Paola, la familia de la misma eran consciente y conocedora de la enfermedad que padecía por largos años y por la que en varias oportunidades tuvieron que acudir al servicio de urgencias y a controles médicos, para que ahora cuando la menor fallece, vengan de mala fe y aras de un reconocimiento patrimonial a decir que nunca se les informó de qué estaba enferma la menor, conducta que resulta irreprochable, falsa y de mala fe

A la menor se le practicó cirugías y procedimientos durante el padecimiento de su enfermedad, para los cuales se debía firmar un consentimiento informado, lo que quiere decir, que perfectamente su familia sabía y era conocedora de la enfermedad que padecía Gina Paola y aun tratándose de una menor de edad, se exige en las entidades de salud el acompañamiento de un familiar.

Obsérvese como de manera engañosa y de mala fe la progenitora de la menor señora ANA DELFINA PRADA, en uno de sus escritos manifiesta: "Mi hija menor falleció el primero de abril de 2009 en el Hospital de Suba por circunstancias que actualmente desconozco mi menor hija ingreso el 28 del mes de marzo de esa anualidad, por una dolencia en una de sus piernas y por causas que aún desconozco falleció repentinamente en la fecha arriba indicada"

“De la misma manera en otro escrito obrante en las diligencias señala:

(...)

Resulta lógico pensar que en mi condición de representante legal de la menor tenga DERECHO a conocer las causas que dieron origen a su fallecimiento, por cuanto que la menor ingresó a las Instituciones como consecuencia de un simple dolor de pierna, por lo que se me ha generado un gran interrogante"

Visto lo anterior, salta a la vista el engaño, la falsedad y la mala fe de la progenitora al hablar de “un simple dolor de pierna”, cuando en todas las consultas quedó registrado en la historia clínica, en los antecedentes lo que la misma Gina Paola, le refería a los médicos “Accidente de tránsito hace 10 años, con fractura de fémur derecho y como como secuencia osteomielitis y aún más osteosíntesis ¿Cómo es posible que la progenitora no haya conocido el estado de salud de su propia hija, para que afirme que ingreso con un simple dolor de pierna?”

Por otro lado, la literatura médica reconoce que no todos los casos de osteomielitis son iguales, presentan múltiples variables y circunstancias de agravamiento o mayor complejidad, y de acuerdo a su evolución pueden ser mortales. Es errado establecer que a partir de las estadísticas esta dolencia es de mínima mortalidad, al acontecer la muerte por osteosíntesis crónica se configura la responsabilidad de los prestadores del servicio de salud.

La causa de muerte de la paciente fue la evolución de su cuadro infeccioso de vieja data, y el no haber hecho uso de antibióticos para el 25 de marzo de 2009. Así las cosas:

“(...) por el hecho de no haberse realizado el traslado de la menor en la ambulancia y no haberse suministrados unos medicamentos debido al impedimento de la EPS de la paciente, porque no tenía cobertura en dicha institución médica, es decir, se imposibilitó la hospitalización y el suministro de medicamento, esta no fue la causa de muerte de la paciente, quien venía con un proceso infeccioso de tiempos atrás, quien para el día 25 de marzo de 2009, no se encontraba tomando antibióticos, para que hoy en día se quiera buscar un culpable de lo acontecido y fácilmente endilgar responsabilidad porque la menor no tomó antibióticos ese día y ello entonces desencadenó en la muerte.

Mi representada no es responsable del fallecimiento de la menor, pues el deceso obedeció al estado de salud deplorable ya la no evolución a los tratamientos médicos suministrados, en lo que nada tiene que ver mi representada, ya que sus dolencias venían con 20 días de evolución, pero haciendo claridad que inclusive desde el año 2007, presentaba recurrentes episodios de infección como consecuencia de la fractura del fémur derecho. El descuido y negligencia de la familia que no la llevó al Hospital de Suba inclusive desde el 25 de marzo de 2009, a la menor y que se vieron en la obligación de re consultar en el hospital de Engativá, nuevamente el 28 de marzo de 2009, cuando ya la menor se encontraba grave, pero pese a que no tenía cobertura médica en el Hospital de Engativá II Nivel, al observarse el estado tan lamentable de la menor, se gestionó internamente para poderla trasladar al hospital de Suba en donde finalmente fallece.”

III- TRÁMITE PROCESAL EN SEGUNDA INSTANCIA.

3.1. Con proveído del 31 de octubre de 2019, **se admitió el recurso de apelación**, promovido por la activa, y el Hospital de Engativá II Nivel hoy Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., contra la sentencia de primera instancia (fl. 1146 del cuaderno de continuación del principal).

3.2. Por auto del 19 de marzo 2021, se **corrió traslado para alegar de conclusión**; derecho ejercido por la parte demandante, la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., y La Previsora S.A., sin pronunciamiento del Ministerio Público.

3.2.1. La ACTIVA, reiteró en integridad los argumentos expuestos como sustentación de su recurso de alzada.

3.2.2. La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., argumenta que al paciente también le asisten unas obligaciones y, en ese sentido la ley 100 de 1993 en su artículo 153 numeral 3.17 indica: *“Corresponsabilidad. Toda persona debe propender por su autocuidado, por el cuidado de la salud de su familia y de la comunidad, un ambiente sano, el uso racional y adecuado de los recursos el Sistema General de Seguridad Social en Salud y cumplir con los deberes de solidaridad, participación y colaboración. Las instituciones públicas y privadas promoverán la apropiación y el cumplimiento de este principio”*.

A su turno los numerales primero y sexto del artículo 160 de esa normativa señala que son deberes de aquellos procurar el cuidado integral de su salud, así como cumplir las normas, reglamentos e instrucciones de las instituciones y profesionales que le prestan atención en salud.

El 25 de marzo de 2009, la condición de salud de la menor Gina Marcela Prada no reunía las características de urgencia vital, y que ante la negativa de la EPS de la autorización para su hospitalización, se le ordenó la remisión a la Unidad de Suba para que se continuara con el tratamiento, dándose salida con las recomendaciones pertinentes, por tanto, *“no es posible endilgar responsabilidad al Hospital Engativá por cuanto la atención que le brindo la institución fue oportuna y pertinente, la definición de la remisión es tomada oportunamente al evidenciarse la imposibilidad de llevar a cabo el tratamiento establecido y era deber de la menor y su familia acatar las recomendaciones e instrucciones que la entidad le dio.”*

Además, no se omitió el comunicar a la menor y familiares el diagnóstico y el tratamiento, pues consta en la historia clínicas que dicha información sí fue suministrada, se evidencia que la menor y sus familiares si tenían conocimiento, y no es posible pensar que, si bien manifestaron que la menor venía con su padecimiento de años atrás, durante ese tiempo no se hayan preocupado por su

diagnóstico y tratamiento.

Por lo tanto, a través del material probatorio obrante en el expediente se puede concluir que la atención brindada tanto por el Hospital Suba como por el Hospital Engativá hoy Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE, fue la adecuada según los niveles de calidad exigibles a los servicios profesionales; Y que la menor Gina Marcela Prada fue asistida por personal idóneo, los procedimientos y exámenes de diagnóstico fueron los adecuados para el tipo de herida que sufría, es decir, la atención fue adecuada, pertinente, oportuna e integral; Que en los resultados adversos tuvo gran incidencia factores ajenos a las instituciones como el riesgo propio de la lesión, y el no acatamiento de las recomendaciones del médico tratante.

3.2.3. La Previsora S.A. Compañía de Seguros, en calidad de llamada en garantía del Hospital de Suba II Nivel E.S.E., solicita que se confirme el numeral segundo de la sentencia de primera instancia, por el cual se declaró probada la excepción de “inexistencia de nexo causal” propuesta por el Hospital de Suba II Nivel E.S.E.

En sustento señala que de las pruebas obrantes se evidencia que dicha entidad cumplió con sus deberes y obligaciones como entidad encargada del sistema de la seguridad social en Colombia, observando una adecuada práctica en la prestación de los servicios médicos a GINA MARCELA PRADA. Además, la obligación del servicio médico es de medio y no de resultado.

El fallecimiento de la paciente se produjo por una complicación de naturaleza médica, una fractura en accidente de tránsito que generó infección ósea concretamente Osteomielitis crónica y que se transformó en una Septicemia, en razón al grave estado de salud, que desencadenarían en un lamentable final, a los cuales el HOSPITAL DE SUBA II NIVEL, no puede responder, pues aunque brindó innumerables tratamientos, medicamentos, cuidados, la salud del paciente no respondió y finalmente murió.

Subsidiariamente, en caso de existir una condena esgrime que no existe una obligación indemnizatoria solidaria a cargo de LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, su asistencia encuentra limitada al monto del valor asegurado estipulado, descontado del mismo el deducible pactado. Con todo, la reclamación para afectación de la póliza no se efectuó dentro del término estipulado, ni se cumplió la obligación del asegurado de entregar la documentación requerida para la atención del siniestro por la aseguradora.

Encuentran fuera de la cobertura la responsabilidad civil profesional individual de los médicos, así como los hechos calificables de dolo o culpa grave, también el incorrecto e inadecuado diligenciamiento de historias clínicas, el abandono y negativa de atención del paciente, el reconocimiento de lucro cesante. Se configuró la prescripción ordinaria frente al contrato de seguro.

IV- CONSIDERACIONES DE LA SALA.

4.1. ASPECTOS DE EFICACIA Y VÁLIDEZ

Advertido que el asunto se promovió en vigencia del Código de Contencioso Administrativo C.C.A, y como norma supletoria o subsidiaria, el Código de Procedimiento Civil, norma ésta última que fue derogada por el Código General del Proceso - CGP, que encontraba en rigor para el momento en que se promovió el recurso que nos ocupa **se tiene conforme sigue:**

6.1.1. Se reitera la competencia de esta Corporación para conocer del recurso que nos ocupa, por cuanto trata de recurso de apelación contra sentencia proferida por Juez Administrativo del Circuito Judicial de Bogotá y el asunto se promovió en vigencia del Código Contencioso Administrativo - CCA, cuyo artículo 133 establece:

“(...) Los tribunales administrativos conocerán en segunda instancia:

1. De las apelaciones y consultas de las sentencias dictadas en primera instancia por los jueces administrativos y de las apelaciones de autos susceptibles de este medio de impugnación, así como de los recursos de queja cuando no se conceda el de apelación o se conceda en un efecto distinto del que corresponda. (...)”.
- (Subrayado y suspensivos fuera de texto).

6.1.2. Encuentran satisfechos los requisitos de sustentación clara, suficiente y pertinente del recurso de apelación, en contraste con la sentencia que es objeto del mismo. Requerimiento que tiene fundamento normativo en los incisos 3º y 4º del numeral 3º del artículo 322 del Código General del Proceso - CGP, en cuanto disponen que, tratándose de la apelación de una sentencia, el recurrente debe precisar, de manera breve, los reparos concretos que le hace a la decisión y para su sustentación será suficiente que el apelante exprese las razones de su inconformidad con la providencia objeto de alzada.

Premisa a la que agrega, el artículo 320 del mismo estatuto procesal que prescribe:

“(…) El recurso de apelación tiene por objeto que el superior examine la cuestión decidida, únicamente en relación con los reparos concretos formulados por el apelante, para que el superior revoque o reforme la decisión. (…)”

Habiendo precisado el Consejo de Estado en el reseñado contexto normativo, que quien tiene interés en que el asunto sea analizado de fondo debe señalar cuales fueron los yerros o desaciertos en que incurrió el juez de primera instancia al resolver la Litis presentada¹⁴

6.1.3.- Encuentran cumplidos los presupuestos procesales del medio de control de reparación directa y no se advierte irregularidad que configure nulidad procesal, en consecuencia, el proceso encuentra para proferir sentencia de segunda instancia, como quiera que contrastada la actuación surtida en primera y segunda instancia, avizora que se sometió a las ritualidades establecidas en el Código Contencioso Administrativo y norma supletoria.

6.2. LIMITES AL JUEZ DE SEGUNDA INSTANCIA

6.2.1- Aunque activa y pasiva acuden en alzada, la impugnación debe ser resuelta, en principio, con sujeción a los argumentos de inconformidad invocados por los recurrentes; como quiera que el presente asunto se rige, y reitera en ello, por el

¹⁴ IBIDEM. Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección A, Sentencia del 31 de enero de 2019, Rad.66001- 23-31-000-2012-0027 (52663) C.P. María Adriana Marín.

Código Contencioso Administrativo - CCA y de manera supletoria o subsidiaria, por el Código General del Proceso - CGP, y conforme al artículo 328 de este último, el tópico se reglamenta así:

“(...) El juez de segunda instancia deberá pronunciarse solamente sobre los argumentos expuestos por el apelante, sin perjuicio de las decisiones que deba adoptar de oficio, en los casos previstos por la ley.

*Sin embargo, cuando ambas partes hayan apelado **toda** la sentencia o la que no apeló hubiere adherido al recurso, el superior resolverá sin limitaciones.*

En la apelación de autos, el superior sólo tendrá competencia para tramitar y decidir el recurso, condenar en costas y ordenar copias.

El juez no podrá hacer más desfavorable la situación del apelante único, salvo que en razón de la modificación fuera indispensable reformar puntos íntimamente relacionados con ella.

En el trámite de la apelación no se podrán promover incidentes, salvo el de recusación. Las nulidades procesales deberán alegarse durante la audiencia.” (Suspensivos, subrayado y negrillas fuera de texto).

Por consiguiente, la habilitación Juez de Segunda Instancia para resolver en sede de apelación sin limitaciones, encuentra condicionada a que **ambas partes** hayan impugnado **toda** la sentencia, y contrastado el caso en concreto, el enunciado condicionamiento para abordar sin límites el estudio de la sentencia objeto de apelación, no encuentra cumplido; es así por cuanto **la activa ataca parcialmente la decisión de primera instancia.**

6.2.2. Los límites a la competencia del juez de segunda instancia, se exceptúan en virtud al deber de control de legalidad, advertido que la prohibición de reformar en perjuicio del apelante único, no es un derecho fundamental absoluto o ilimitado; premisa edificada por la Corte Constitucional, que armoniza con el aparte final del inciso primero de la transcrita disposición que consigna “(...) *sin perjuicio de las decisiones que deba adoptar de oficio, en los casos previstos por la ley.*”, y en punto del que precisa señalar, circunscribiendo el concepto de **decisiones que debe adoptarse de oficio por mandato de la ley**, que enlistan primeramente las **nulidades procesales**, en marco de los artículos 207 del CPACA y 137 del C.G.P., y seguidamente, las **excepciones mixtas**, por cuanto comportan nulidad o imposibilidad para decidir de fondo el asunto, y que se definen como excepciones

previas que por su carácter asumen como perentorias, a saber, **cosa juzgada, caducidad, transacción, conciliación y falta de legitimación en la causa**

6.2.3. Asimismo asume como excepción a la competencia limitada del juez de segunda instancia, la subregla de hermenéutica comprensiva del recurso de apelación, teniendo como precedente de autoridad, Sentencia de Unificación del Consejo de Estado, conforme a la cual, la competencia del juez de segunda instancia frente al recurso de quien actúa como apelante único, de controvertir un aspecto global de la sentencia, comprende todos los asuntos contenidos en ese rubro general, aunque de manera expresa no se hayan referido en el recurso de alzada. Puntualizó el Alto Tribunal así:

“(…) si se apela un aspecto global de la sentencia, el juez adquiere competencia para revisar todos los asuntos que hacen parte de ese aspecto más general, aunque de manera expresa no se haya referido a ellos el apelante único. Lo anterior, desde luego, sin perjuicio de la potestad que tiene el juzgador de pronunciarse oficiosamente sobre todas aquellas cuestiones que sean necesarias para proferir una decisión de mérito, tales como la caducidad, la falta de legitimación en la causa y la indebida escogencia de la acción, aunque no hubieran sido propuestos por el apelante como fundamentos de su inconformidad con la providencia censurada.

En el caso concreto, la entidad demandada apeló la sentencia de primera instancia con el objeto de que se revisara la decisión de declararla administrativamente responsable (...), y de condenarla a pagar indemnizaciones en cuantías que, en su criterio, no se compadecen con la intensidad de los perjuicios morales padecidos por algunos de los demandantes.

En consecuencia, la Sala, atendiendo al criterio expuesto y a la prohibición de la reformatio in pejus, revisará todos aquellos aspectos que son desfavorables a la entidad demandada y que son consecuencia directa de la declaratoria de su responsabilidad, lo cual incluye -en el evento de ser procedente- no solo la condena por perjuicios morales, sino también por perjuicios materiales en la modalidad de lucro cesante.”¹⁵

En contraste con el caso en concreto, procede aplicar el criterio comprensivo, para efectos de revocar la condena en costas, impartida en la sentencia objeto alzada, porque de no prosperar al alzada de la pasiva

¹⁵ **IB.** Sala Plena. C.P. Danilo Rojas Betancourth. Sentencia del 06 de abril de 2018, Rad. 05001-23-31-000-2001-03068-01(46005).

Hospital de Engativá II Nivel ESE, tornaría contraria al precedente de ta Sala conforme al cual, en esta jurisdicción el criterio objetivo de ser el extremo procesal vencido, es insuficiente para condenar en costas.

6.3. FIJACIÓN DEL DEBATE.

6.3.1- La controversia en esta instancia se suscita, en lo que corresponde a la activa, porque pretende se modifique parcialmente la sentencia objeto de alzada, **a efectos que se declare la responsabilidad extracontractual del Hospital de Suba II Nivel E.S.E., y se conceda indemnización plena, sin reducción por concausa.**

Bajo la consideración sustancial, de una parte, que procede imputación en contra del Hospital de Suba II Nivel ESE, por falla en el servicio en las atenciones prestadas con anterioridad al 28 de marzo de 2009, a saber, las cumplidas el 12 y 17 anterior, por cuanto debió realizar procedimiento adecuados para conjurar el cuadro infeccioso que en su criterio ya presentaba la víctima directa, y que con evolución de 20 días terminó con su muerte.

De otra, refutando que, no hay concausa imputable a los demandantes en la causación del daño, como quiera que surtieron las gestiones a su cargo para asegurar la salud de la víctima directa, contrastado que acudieron a partir del 25 de marzo al Hospital de Suba II Nivel ESE, pero esa institución les negó el servicio, razón por la cual debieron acudir de nuevo al Hospital de Engativá, y además, no se le informó a la paciente y sus familiares las características, evolución y complicaciones de su dolencia.

6.3.2- En sede de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., la controversia en esta instancia se suscita, porque estima que, **no encuentra configurada falla en el servicio atribuible a las instituciones de salud que atendieron a la menor Gina Marcela Prada, y la sentencia objeto de alzada debe ser revocada en su integridad.**

Argumento en sustento que, se configura una culpa exclusiva de la víctima, como quiera que pese a que en el Hospital de Engativá, el 25 de marzo de 2009, fue atendida y por ausencia de autorización de hospitalización en esa institución, su condición no correspondía a urgencia vital, se dio orden de referencia, para que asistiera por sus propios medios al Hospital de Suba, se le da salida con recomendaciones, sin embargo, en la historia clínica no aparece registro alguno entre el 25 y el 27 de marzo de 2009, de consulta de la paciente, circunstancia que desconoció las recomendaciones médicas efectuadas, solo acude nuevamente al Hospital de Engativá hasta el 28 de marzo a las 10+15 horas, con estado avanzado de deterioro por lo que se gestionó internamente el traslado al Hospital de Suba, donde a pesar de la atención y los esfuerzos del personal médico, por su mal estado finalmente fallece el 1 de abril de 2009.

Advierte, además, que la familia de la menor conocía adecuadamente el estado de salud y cuadro clínico de la paciente, dado que acudieron en varias ocasiones a urgencias y controles en manejo del mismo, donde se surtieron consultas y practicaron cirugías y procedimientos durante el padecimiento de su enfermedad, para los cuales se debía firmar un consentimiento informado, lo que quiere decir, que perfectamente su familia sabía y era conocedora de la enfermedad que padecía.

Asimismo, destaca, retomando la literatura médica, que no son iguales todos los casos de osteomielitis, y se presentan múltiples variables y circunstancias de agravamiento o mayor complejidad, y de acuerdo a su evolución pueden ser mortales, por lo tanto, el solo hecho de la muerte por esta causa no es sustento suficiente para atribuir responsabilidad a las entidades de salud.

La causa de muerte de la paciente fue la evolución de su cuadro infeccioso de vieja data, y el no haber hecho efectiva la remisión ordenada el 25 de marzo de 2009, a efectos de haber hecho uso de antibióticos y otros.

6.3.3- En contraste la sentencia objeto de alzada, encuentra probada la falla en el servicio atribuible al Hospital de Engativá ESE por el incumplimiento de sus deberes frente a la referencia de los pacientes que atiende por urgencias, y concurrencia en la causación del daño, de culpa de la víctima directa y

accionantes, porque habiendo egresado del Hospital de Engativá II Nivel E.S.E., el 25 de marzo de 2009, con una orden de referencia para internación en el Hospital de Suba II Nivel E.S.E., mostraron una actitud pasiva hasta la mañana del 28 siguiente, secuencia en la que reduce en un 30% el monto indemnizatorio.

Reseña en sustento de la responsabilidad del Hospital de Engativá ESE, que comprendía hasta el ingreso de la paciente a la institución receptora, de conformidad con los Decretos 2757 de 1991 y 4747 de 2007, y que la incidencia de este incumplimiento refuerza, contrastado que conforme a la literatura médica, la osteomielitis crónica es una enfermedad con estadísticas de mínima mortalidad, y que el 28 de marzo de 2009, la menor reingresa a su servicio de urgencias, con un avanzado estado de deterioro y aunque en esta oportunidad es eficazmente trasladada al Hospital de Suba II Nivel E.S.E., y en este centro se le brindó atención médica e incluso se le intervino quirúrgicamente, falleció el 1 de abril de 2009, como consecuencia de una disfunción multiorgánica¹⁶, por cuadro de osteomielitis crónica en el sitio de la fractura asociada a extenso proceso inflamatorio fistulizado en tejidos bandos circundantes que desencadenó cuadro de sepsis, choque séptico secundario y muerte.

En tanto que advierte de atención suministrada por el Hospital de Suba II Nivel E.S.E., fue adecuada por tanto no se configura responsabilidad frente a esta entidad, pues no encuentra probado que se haya negado a atender a Gina Marcela Prada el 25 de marzo de 2009, además, los medios de prueba evidencian que para el 29 de marzo de 2009 las condiciones generales eran malas y difíciles de compensar.

6.3.4- En el descrito panorama fáctico procesal, con fines de resolver los reseñados recursos de alzada, conjugado el principio IURA NOVIT CURIA y en panorama de éste que, tratándose de reclamación indemnizatoria por prestación de servicios medico asistenciales, los títulos de imputación son los de falla en el servicio y pérdida de oportunidad, se tiene como **problema jurídico:**

¹⁶CD f. 527 C. Ppal. 2, archivo “GINA 1”, p. 13

¿La muerte de la menor Gina Marcela Prada, o pérdida de oportunidad de sobrevivir, es imputable al Hospital de Engativá II Nivel E.S.E. y el Hospital de Suba II Nivel E.S.E., por omisión en la prestación de los servicios de salud suministrados entre el 27 de febrero y el 1 de abril de 2009, en atención a su cuadro de osteomielitis crónica, o es imputable a culpa exclusiva de la víctima directa y sus familiares, por no haber concurrido al Hospital de Suba II Nivel E.S.E, el 25 de marzo de 2009?

6.4. ASPECTOS SUSTANCIALES.

En labor de desatar el interrogante planteado es tesis de la sala, que el deber asistencial en la prestación del servicio de salud, comprende hasta el ingreso de la paciente a la institución receptora, y tratándose de menor de edad - adolescente, impone además, tamizar aquel bajo un criterio de mayor diligencia, atendido el mandato constitucional de protección, artículo 45 Superior, y emerge en consecuencia que, **(i)** al Hospital de Engativá II Nivel E.S.E., es imputable pérdida de oportunidad, respecto de la probabilidad de sobrevivir de la menor - adolescente Gina Marcela Prada, por haber omitido su remisión en ambulancia al Hospital de Suba II Nivel ESE; **(ii)** no es de recibo el argumento dealzada de la pasiva – Hospital de Engativá II Nivel E.S.E., respecto a que la causa del daño es imputable a culpa exclusiva de las víctimas directa e indirectas; **(iii)** próspera la apelación de la activa en punto de modificar la sentencia de primera instancia para excluir la concausalidad en sede de las víctimas, y **(iv)** no es de recibo su impugnación en lo que corresponde a su pretensión de obligación indemnizatoria a cargo del Hospital de Suba II Nivel ESE, como quiera que conforme acredita la realidad procesal, fueron correctas las valoraciones y controles efectuados en esa IPS, y que se cumplieron el 27 de febrero, 12 y 17 de marzo de 2009, efectuando exámenes diagnósticos que determinaron que para ese momento no presentaba proceso infeccioso.

Por consiguiente, habrá de modificarse la sentencia objeto de alzada, en cuanto al título de imputación a la ESE condenada y para excluir la concausalidad en sede de las víctimas.

En fundamento, esta Sala previo análisis del caso concreto, abordará los siguientes aspectos temáticos: (i) elementos que estructuran la responsabilidad patrimonial del Estado; (ii) concepto de daño antijurídico y presupuestos; (iii) falla de servicio y pérdida de oportunidad como títulos de imputación en responsabilidad médica-asistencial del Estado; (v) carga de la prueba como sucedáneo de certeza, a modo de premisas normativas:

6.4.1. El daño antijurídico y su imputación a la entidad pública accionada, son los elementos que estructuran la responsabilidad patrimonial del Estado, siendo entonces y advertido que el concepto de responsabilidad encuentra integrado por otras nociones particulares¹⁷, que lo que origina el deber de reparar, que es la esencia misma de la responsabilidad, es la concurrencia de los precitados elementos, en esquema metodológico que impone que el primer supuesto a establecer en los procesos de reparación directa, es la existencia del daño, puesto que de no encontrarse probado, torna no útil cualquier otro juzgamiento, es decir, “primero se debe estudiar el daño, luego la imputación y finalmente, la justificación del porqué se debe reparar”¹⁸.

Paradigma del que precisa indicar, que tiene fundamento constitucional en el artículo 90 Superior, como quiera que dispone, *que el Estado es patrimonialmente responsable por los daños antijurídicos que le sean imputables, por la acción o la omisión de las autoridades públicas,* e integra con el artículo 2º Ibídem, en virtud del cual, *las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en su vida, honra, bienes, creencias y demás derechos y libertades.*

Indica la doctrina del H. Consejo de Estado, en hermenéutica de la precitada normativa, que el juez de la responsabilidad patrimonial del Estado, debe constatar la antijuridicidad del daño y elaborar un juicio de imputabilidad que le permita encontrar un título jurídico de imputación, es decir, no la mera causalidad material, sino *establecer la imputatio juris y la imputatio facti*¹⁹, y no distinto concluye la Corte

¹⁷Enrique Gil Botero, La Responsabilidad Extracontractual del Estado, European Research Center Of Comparative Law, Bogotá-Colombia, 2015, pg. 38

¹⁸ Juan Carlos Henao, El Daño, Bogotá, Universidad Externado de Colombia 1998, pg 37

¹⁹ CONSEJO DE ESTADO. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Sentencia del 13 de julio de 1993.

Constitucional²⁰. Destacando en la óptica de la *imputatio juris*, que el soporte de la obligación de reparar tiene su fundamento de justicia, en alguno de los esquemas de atribución, dolo o culpa, en el régimen subjetivo de responsabilidad y la igualdad ante las cargas públicas, la solidaridad y la equidad en el régimen objetivo de responsabilidad, como quiera que “La teoría de la responsabilidad del derecho público en la actualidad se deriva de todo tipo de actos, incluso de meros hechos originados en el actuar administrativo, y no solo en aquellos actos que han sido declarados ilegales, sino que también cabe un compromiso por los daños que provienen de la actuación lícita”²¹

6.4.2. El daño antijurídico, comporta una aminoración en una situación favorable, que el afectado no encuentra en la obligación de soportar, y por ende, no todo daño asume como daño antijurídico y el carácter de antijurídico estriba en que el afectado no tiene la obligación de soportar.

Resultando relevante en labor de conceptualización del daño, que conforme ha precisado el H. Consejo de Estado, el ordenamiento no contiene una disposición que consagre su definición, y refiere *“(…) a la lesión de un interés legítimo, patrimonial o extrapatrimonial, que la víctima no está en la obligación de soportar, que no está justificado por la ley o el derecho”*.²² Noción que según señala la doctrina, permite tener una visión omnicompreensiva del daño y supera el concepto tradicional que le circunscribía a la lesión de un derecho subjetivo, posibilitando en marco del nuevo concepto, el reconocimiento de todas aquellas realidades que en tamiz de equidad reclaman ser indemnizadas.

6.4.2.1- Requiere como condiciones de existencia que sea personal, directo y cierto o actual. Bajo la consideración que por su carácter personal, el daño exige la violación de un interés legítimo de la persona damnificada, independientemente a que provenga de un hecho que afecte en forma inmediata, o mediata en virtud del

²⁰ CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencias C-619 de 2002 y C-918 de 2002.

²¹ Enrique Gil Botero, La Responsabilidad Extracontractual del Estado, European Research Center Of Comparative Law, Bogotá-Colombia, 2015, pg. 62

²² CONSEJO DE ESTADO, SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO, SECCIÓN TERCERA, SUBSECCIÓN A, Consejera ponente: MARTA NUBIA VELÁSQUEZ RICO, Bogotá, D. C., diez (10) de mayo de dos mil diecisiete (2017), Radicación número: 25000-23-26-000-2003-02128-01(29901), Actor: DOW QUÍMICA DE COLOMBIA S.A., Demandado: NACIÓN – CONGRESO DE LA REPÚBLICA Y OTRO, Referencia: APELACIÓN SENTENCIA - ACCIÓN DE REPARACIÓN DIRECTA

daño sufrido por otro, con quien el damnificado tiene relación, evento en el que se predica la existencia de un daño reflejo, que es el menoscabo soportado por persona distinta del damnificado inmediato, caso del daño patrimonial y moral que se ocasiona a los parientes de la víctima directa. De forma que el carácter personal del daño, hace referencia a la legitimación, ello es, a quien tiene el derecho a reclamar la reparación, por consiguiente, este presupuesto “(...) *se encuentra asociado a la acreditación de la titularidad del interés que se debate al interior de la obligación resarcitoria.*”²³

El carácter cierto del daño, refiere a su real acaecimiento, es decir, que el agravio debe poseer una determinada condición de certeza para que origine efectos jurídicos, ello es, que el daño debe existir y hallarse probado para que origine el derecho a obtener un resarcimiento. Certeza exigible sin distingo porque se trate de daño consolidado o de daño futuro.

Por su carácter directo, el daño supone un nexo de causalidad respecto del perjuicio, de forma que este sea consecuencia de la alteración negativa que comporta el primero, y solo indemnizable en cuanto provenga del mismo.

6.4.2.2- El perjuicio puede definirse en contraste con el daño, como la expresión económica de éste.

6.4.3. La falla probada en el servicio y la pérdida de oportunidad son los títulos de imputación en responsabilidad estatal por la actividad médico hospitalaria; advertido que si bien en el derecho de daños el modelo de responsabilidad estatal que adoptó la Constitución de 1991, no privilegió ningún régimen en particular, sino que dejó en manos del juez definir frente a cada caso concreto, la construcción de una motivación que consulte las razones tanto fácticas como jurídicas, que den sustento a la decisión que habrá de adoptar²⁴.

²³ Enrique Gil Botero, La Responsabilidad Extracontractual del Estado, European Research Center Of Comparative Law, Bogotá-Colombia, 2015, pg. 156

²⁴ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sentencia del 13 de junio de 2016. Expediente 850012331000200500630-01(37.387). C.P. Carlos Alberto Zambrano Barrera.

Bajo tal paradigma la jurisdicción de lo contencioso administrativo ha dado cabida a la utilización de diversos títulos de imputación, para la solución de los casos propuestos a su consideración, sin que esa circunstancia pueda entenderse como la existencia de un mandato que imponga al juez la obligación de utilizar frente a determinadas situaciones fácticas, un específico título de imputación, por cuanto su uso debe hallarse en consonancia con la realidad probatoria del caso en concreto.

Sin embargo, la Sección Tercera del Consejo de Estado ha consolidado una subregla en materia de responsabilidad del Estado por la prestación del servicio de salud, en virtud de la cual, es la falla probada del servicio el título de imputación bajo el cual es posible configurar la responsabilidad estatal por la actividad médica hospitalaria, y se exige a la activa acreditar la falla propiamente dicha, el daño antijurídico y el nexo de causalidad entre aquella y éste²⁵.

En evolución jurisprudencial, donde la Alta Corporación Judicial transitó por los regímenes de falla presunta del servicio y carga dinámica de la prueba, retornando a partir del año 2006²⁶, al régimen de falla probada del servicio²⁷. Título jurídico de imputación por excelencia²⁸, que contiene un control de legalidad del acontecer del Estado en la prestación de los servicios que provee, y presupone que exista una obligación legal o normativa a cargo de la autoridad pública, incumplida por su acción u omisión, que deriva en un daño antijurídico indemnizable.

Control de legalidad que en imputación de responsabilidad por falla en el servicio médico asistencial, se realiza en principio, en marco de los contenidos obligacionales establecidos en la Ley 23 de 1981²⁹ y su reglamentación.

6.4.3.1. La pérdida de oportunidad también es de recibo en estructuración de la responsabilidad extracontractual del Estado en prestación del servicio de salud, y se define como la frustración de una esperanza, dirigida a la consecución de un

²⁵ **IB.** Sentencia del 28 de febrero de 2013. Expediente 660012331000200100063-01(25075). C.P. Danilo Rojas Betancourt.

²⁶ **IB.** Sentencia del 31 de agosto de 2006. Expediente 15772. C.P. Ruth Stella Correa.

²⁷ Ver evolución en Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección C, Sentencia del 26 de febrero de 2015, Expediente 25000-23-26-000-2005-01356-01(38149); C.P. Olga Mérida Valle De La Hoz.

²⁸ Ver sobre noción de falla del servicio y elementos en Consejo de Estado, Sección Tercera, Sentencia del 19 de junio de 2008, Expediente 76001-23-31-000-1994-00736-01(15263), C.P. Myriam Guerrero de Escobar.

²⁹ Por la cual se dictan normas en materia de ética médica

resultado que pondría a la persona en una situación más favorable a la previa o la evitación de un perjuicio³⁰. En este orden presupone un elemento de incertidumbre sobre las probabilidades del resultado beneficioso, y un elemento de certeza respecto a que la falla en el servicio le arrebató la posibilidad de participar en las probabilidades.

Se exige un grado de incertidumbre razonable, bajo la consideración que no toda probabilidad es susceptible de edificar una pérdida de oportunidad, sino solo aquella que permite razonar que ante la inexistencia de la falla en el servicio, la persona tendría la probabilidad de obtener el resultado favorable.

Es de precisar además, que la pérdida de oportunidad se ha abordado desde dos enfoques³¹: **(i)** como un daño autónomo, del que deriva un perjuicio con identidad propia que puede indemnizarse³², y **(ii)** como factor de imputación o instrumento de facilitación probatoria y se utiliza para suplir la falta de prueba en el nexo causal directo entre la falla del servicio y el daño.

Paradigmas en orden de los cuales, la indemnización del perjuicio en pérdida de oportunidad, se viene abordando también y básicamente bajo dos (2) esquemas: **(i)** la indemnización como daño autónomo, y **(ii)** la indemnización del perjuicio en una proporción reducida, equivalente al porcentaje de oportunidad pérdida.

Asumiendo como requisitos que deben concurrir para que exista la pérdida de oportunidad como daño indemnizable, los siguientes:

() Certeza respecto de la existencia de una oportunidad que se pierde, aunque la misma envuelva un componente aleatorio; es decir, no se trata de la vulneración de un derecho subjetivo consolidado sino el grado de

³⁰ **CONSEJO DE ESTADO.** Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Sentencia del 24 de octubre de 2013. Expediente 25869. M.P. Dr. Enrique Gil Botero.

³¹ **IBÍDEM.** Sentencia del 24 de octubre de 2013. Expediente 25.869. C.P. Enrique Gil Botero.

³² **IB.** Sentencia del 25 de agosto de 2011. Expediente 19718. C.P. Mauricio Fajardo Gómez. En este fallo se reconoce este rubro indemnizatorio de manera autónoma a los demandantes, padres e hijos, de la víctima directa del daño y diferente al daño moral.

probabilidad en grado suficiente de que el hecho dañoso le cercenó la expectativa de obtener la ganancia o bien o evitar perjuicio.

(i) Imposibilidad definitiva de obtener el provecho o de evitar el detrimento; es decir, lo indemnizable es que debido al hecho dañoso se pierde la probabilidad de obtener la ventaja o bien o evitar la desventaja, se diferencia del lucro cesante, por ejemplo, porque éste rubro consisten en la pérdida de ganancia cierta mientras que el primero es una pérdida de una ganancia probable.

(ii) La víctima debe encontrarse en una situación potencialmente apta para pretender la consecución del resultado esperado; es decir, aquí se analiza la idoneidad fáctica y jurídica del afectado para obtener o alcanzar el provecho³³.

En conclusión, si existe certeza sobre la causa del daño, torna desacertada la aplicación de la figura de la pérdida de oportunidad, y consecuente el análisis del nexo causal desde la perspectiva de la probabilidad. De forma que aplica en sede de la imputación fáctica, ante la insuficiencia de prueba del nexo causal entre hecho dañoso y daño, o en situaciones de duda o incertidumbre en el nexo causal.

Aproximándose en cada caso en concreto y dependiendo de las pruebas técnicas de que disponga, al porcentaje de probabilidad sobre el cual se debe establecer el grado de pérdida de la oportunidad y, consecuencialmente, el impacto de tal valor en el monto a indemnizar, y la forma de indemnizar la pérdida de la oportunidad, debe ser proporcional al porcentaje que se restó el beneficio con la falla en el servicio.

6.4.4. El principio de la carga de la prueba como sucedáneo de certeza, encuentra fundamento en comprensión de la jurisdicción contencioso administrativa, porque en marco del ordenamiento positivo, cada uno de los extremos procesales del litigio encuentra obligado a probar determinados hechos y circunstancias cuya falta de acreditación conlleva una decisión

³³ IB. Sentencia del 31 de mayo de 2016. Expediente 630012331000200300261-01(38267). C.P. Danilo Rojas Betancourth.

adversa a sus intereses o pretensiones. Bajo el descrito paradigma la doctrina define la carga de la prueba, *como una regla de decisión o de juicio que permite al juzgador resolver la controversia en favor de quien no está sometido a ella, en caso de que la prueba aportada no sea concluyente.*

En este orden de ideas, probar es establecer la veracidad de una proposición cualquiera, y trasmutado al proceso judicial, comporta, “(...) *someter al juez de un litigio los elementos de convicción adecuados para justificar la verdad de un hecho alegado por una parte y negado por la otra*”¹¹. Dirige a producir en el juez el estado de certeza, el pleno convencimiento sobre la existencia o no de un hecho, y su sucedáneo conjugado el Diccionario de la Lengua de la Real Academia Española, corresponde a elemento que por tener propiedades parecidas puede reemplazarlo.

6.4.4.1- Retomando la regla general, es de puntualizar que, corresponde a la activa probar los fundamentos de hecho de sus pretensiones y a la accionada los de su excepción o defensa, y que en este sentido prescribía el artículo 177 del Código de Procedimiento Civil – CPC, vigente para cuando se promovió la demanda, y abrió el proceso a pruebas, y que en esta premisa no difiere del vigente artículo 167 del Código General del Proceso -CGP, sin perjuicio de la atribución que éste confiere al juez de distribuir la carga de la prueba, de oficio o a solicitud de parte, en oportunidad de su decreto, practica o cualquier otro momento antes de fallar.

Marco normativo al que adiciona el artículo 1757 del Código Civil – C.C, conforme al cual, incumbe probar las obligaciones o su extinción al que alega aquéllas o ésta, y que circunscribe el principio de la carga de la prueba como sucedáneo de certeza, de forma que si existe duda sobre los hechos que sustentan la demanda, sus pretensiones serán declaradas infundadas.

6.4.4.2 - En esta secuencia reviste importancia que el régimen probatorio en la jurisdicción contenciosa administrativa se rige por integración normativa, que en vigencia del Código Contencioso Administrativo - CCA, encontraba en su artículo 267, por las disposiciones del Código de Procedimiento Civil –CPC, subrogado por en el Código General del Proceso CGP, en este sentido el artículo 165 del precitado CGP, consagra como medios de prueba la declaración de parte, la confesión, el

juramento, **el testimonio** de terceros, el **dictamen pericial**, la inspección judicial, los documentos, los **indicios**, los informes y cualesquiera otros medios que sean útiles para la formación del convencimiento del juez. Para la admisión de las pruebas, la práctica y los criterios de valoración son conforme al principio de la sana crítica, observando la pertinencia y conducencia para acreditar los hechos en controversia

La prueba testimonial es medio idóneo para acreditar las circunstancias de tiempo, modo y lugar en la que ocurre un hecho, siempre que el declarante sea coherente en el relato de los mismo, porque presenció los mismos y tiene certeza de la manera en que sucedieron, en tanto, no se enjuicie su imparcialidad, la cual puede cuestionarse mediante tacha¹⁹ en razón de parentesco, dependencia, sentimiento o interés en relación con las partes o sus apoderados, mientras no se realice cuestionamiento alguno al testigo, su dicho reviste relevancia y eficacia para llevar certeza al Juez de la existencia de un hecho.

Así mismo, la prueba indiciaría es un medio probatorio indirecto, que a partir de un hecho indirecto llamado “indicador” se infiere o deduce, lógicamente, el hecho directo, llamado “indicado”. Al respecto el Consejo de Estado, recordó:

*“Los indicios son medios de prueba indirectos y no representativos, como sí lo son el testimonio y la prueba documental, y no pueden ser observados directamente por el juez, como por ejemplo sucede en la inspección judicial. **En la prueba indiciaría el juez tiene ante sí unos hechos probados a partir de los cuales debe establecer otros hechos, a través de la aplicación de recias de la experiencia, o principios técnicos o científicos. En pocos términos, el indicio es una prueba que construye el juez con apoyo en la lógica, partiendo de la existencia de unos hechos debidamente acreditados en el proceso.**”*

Por eso, al margen de las controversias que se suscitan en la doctrina en relación con este aspecto, puede afirmarse que el indicio se integra con los siguientes elementos:

Los hechos indicadores, o indicantes: son los hechos conocidos: los rastros o huellas que se dejan al actuar, la motivación previa, etc., son las partes circunstanciales de un suceso, el cual debe estar debidamente probado en el proceso.

-Una regla de experiencia, de la técnica o de la lógica, es el instrumento que se utiliza para la elaboración del razonamiento. (...)³⁴. (Subraya de la Sala)

6.5. CASO CONCRETO

6.5.1. Aspectos Probatorios.

6.5.1.1. La comunidad probatoria relevante a la controversia que se suscita en sede de apelación, delimita por la controversia que plantean los recurrentes, y en el presente asunto, encuentra integrada por documental, testimonial e Informe Pericial de Necropsia, que avizora eficaz, contrastado que en su decreto aducción y contradicción se cumplieron las formalidades establecidas en el Código General del Proceso - CGP, y advierte en esta secuencia que, **la documental** satisface el esquema normativo del artículo 246 del enunciado CGP ³⁵ y en oportunidad de su agregación al proceso, no hubo tacha ni se repudió de ninguna otra forma para su aducción; **la testimonial** evidencia espontánea, coherente y fundada en la ciencia de su dicho y no se formuló tacha, y la pericia rendida por entidad oficial, evidencia debidamente fundada y razonable en sus conclusiones, sin que se haya controvertido.

6.5.1.2. En este orden de ideas y con relevancia para el debate que ocupa a esta Sala de Decisión, se tienen los siguientes **medios de prueba**:

Contexto Clínico y atención surtida		
Medio de prueba	Contenido	Folio
Historia clínica de la menor GINA MARCELA PRADA en El Hospital de Engativá II Nivel E.S.E. y el Hospital de Suba II Nivel E.S.E., en atención a dolencias	Consulta del 27 de febrero de 2009 en el Hospital de suba (fl. 50 C. de "copias historia clínica): <i>"Motivo Consulta:</i>	

³⁴ **IB.** Sentencia del 31 de mayo de 2016. Expediente 630012331000200300261-01(38267). C.P. Danilo Rojas Betancourth.

³⁵ "**Artículo 246. Valor probatorio de las copias. Las copias tendrán el mismo valor probatorio del original, salvo cuando por disposición legal sea necesaria la presentación del original o de una determinada copia.**

Sin perjuicio de la presunción de autenticidad, la parte contra quien se aduzca copia de un documento podrá solicitar su cotejo con el original, o a falta de este con una copia expedida con anterioridad a aquella. El cotejo se efectuará mediante exhibición dentro de la audiencia correspondiente." (Subrayado y negrillas fuera del texto).

<p>derivadas de osteomielitis crónica.</p>	<p>CONTROL OSTEOMELITIS FEMUR DERECHO. CUADRO DE 2 AÑOS POSTERIO A ACCIDENTE DE TRANSITO CON FX DE FEMUR DERECHO. MANEJADA HACE 2 AÑOS 2 CIRUGÍAS. HACE 6 MESES LE HICIERON CIRUGÍA EN EL SIMON BOLIVAR. NO TIENE ESTUDOS RECIENTES.</p> <p>(...)</p> <p><i>Plan Diagnostico y Terapéutica:</i> SE SOLICITA RX DE FEMUR DERECHO. CH, VSG, PCR. CONTROL</p> <p>(...)</p> <p><u>SE LE EXPLICA AL PACIENTE LA CONDICIÓN Y NATURALEZA DE LA PATOLOGÍA, ASÍ COMO EL TRATAMIENTO Y POSIBLES COMPLICACIONES. ENTIENE Y ACEPTA."</u></p> <p><u>Valoración por urgencias del 12 de marzo de 2009, en el el Hospital de suba</u> (fls. 51 y 52 C. de "copias historia clínica):</p> <p><i>"Motivo Consulta:</i> DOLOR EN MUSLO DERECHO EA: PACIENTE QUIEN CONSULTA POR CUADRO DE 7 DÍAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE DOLOR TIPO OPRESIVO EN MUSLO DERECHO DE MODERADA INTENSIDAD PROGRESIVO E INTERMITENTE. REFIERE ANTECEDENTE DE OSTEOMELITIS Y FRACTURA DE HUMERO DERECHO HACE 2 AÑOS. ANTECEDENTES: PATOLÓGICOS: OSTEOMELITIS ALEGRICOS. NIEGA QX: OSTEOSINTESIS DE FEMUR HX: NIEGA FAMILIARES. NIEGA T/A: NIEGA</p> <p><i>Observaciones:</i> PACIENTE CON CUADRO CLÍNICO DE 2 DÍAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN DOLOR Y CALOR EN MUSLO DERECHO CON SECRECIÓN SEROSANGRINOLENTA, AL EXAMEN FÍSICO CON MUCOSA ORLA HUMEDA, EXTREMIDADES PULSOS POSITIVOS, CALOR Y RUBOR CON SECRECIÓN SEROSANGRINOLENTA LIGERAMENTE FETIDA, NO COMPROMISO NEUROVASCULAR.</p> <p><i>Plan Diagnostico:</i></p> <ol style="list-style-type: none">1. OBSERVACIÓN2. DICLOFENAC IM3. SS/RX FEMUR DERECHO CH PCR4. CSV AC <p>(...)</p> <p>Paciente refiere desaparición del dolor en pierna derecho reporte de rx. Se observa ligera irregularidad y engrosamiento cordal en el tercio proximal de la diáfisis femoral en probable relación con fractura consolidada a este nivel. Adicionalmente se aprecia un fragmento óseo localizado en el tercio medio del muslo. Espacios articulares conservados. Tejidos blandos sin alteraciones. CH LEUCOCITOS 8900 N:68% L:27%, PLAQUETAS 270000 PCR8 PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL AFEBRIL HIDRATADO ALERTA SIGNOS SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA FC:80 FR:22 TA:120/80 CCMUCOSAORALHUMEDA CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS CP RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS RUIDOS RESPIRATORIOS SIMETRICOS SIN AGREGADOS ABDOMEN NORMAL EXTREMIDADES SE OBSERVA CICATRIZ DE OSTEOSINTESIS FEMUR DERECHO ASOCIADO A PUNTO DE SECRECIÓN NO FETIDA DECANTIDAD ESCASA. PULSO POSITIVO.</p> <p>ANALISIS PACIENTE QUIEN PRESENTA DOLOR LEVE EN PIERNA DESDE 3 AÑOS ASOCIADO A PUNTO DE SECRECIÓN DESDE MOMENO DE CIRUGÍA TIENE COMO ANTECEDENTE OSTEOMIELITIS HACE 3</p>
--	--

<p><u>AÑOS EN EL MOMENTO SIN LEUCOCITOSIS³⁶ SIN RESPEUSTA INFLAMATORIA SISTEMICA SIN CAMBIOS EN RX QUE SUGIERAN PROCESO AGUDA ACTUALMETNE PACIENTE AFEBRIL POR LO QUE DESCARTA PROCESO INFECCIOSO SE DA SALIDA CON FORMULA DE DICLOFENAC 50 MG CADA 6 HORAS CITA POR CONSULTA EXTERNA PARA VALORACIÓN POR ORTOPEDIA, SIGNOS DE ALARMA RECOMENDACIONES GENERALES.</u></p> <p>(...) ORDENES DE MEDICAMETOS (...) ORDENES DE PROCEDIMIENTOS (...)"</p> <p><u>Consulta del 17 de marzo de 2009, en el Hospital de suba</u>(fl. 53 C. de "copias historia clínica):</p> <p>"Valoración de medicina general Motivo Consulta</p> <p>Cita de control médico: PACIENTE ASISTE A CITA MEDICA DE CONTROL LA PACIENTE REFIERE QUE HACE 10 AÑOS ACCIDENTE DE TRANSITO, AL PARECER CON FX DE FEMUR DERECHO LE REALIZARON RETIRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS AL AÑO DEL ACCIDENTE AL PARECER CON ANTECEDENTE DE OSTEOMIELITIS HACE 3 AÑOS, <u>REFIERE, LE SALE MATERIA PUS DE LA PIERNA LESIONADA, LE HAN REALIZADO A LA FECHA TRES DRENAJES</u>, DE LA PIERNA AFECTADA, EL ULTIMO FUE HACE 1 AÑO, REFIER QUE ESTA CON MUCHO DOLOR EN TODA LA PIERNA DERECHA. <u>TOMA SOLO DICLOFENAC, CD 8 HORAS</u> CON LEVE MEJORIA DEL MISMO, <u>ULTIMO CONTROL POR ORTOPEDIA HACE 5 DIAS AL PARECER TODO BAJO CONTROL LE TOMARON RX Y LABORATORIOS SE DESCARTO QUE FUERA ALGO DE ORIGEN INFECCIOSO.</u></p> <p>(...)</p> <p>Estado mental: consciente orientada en las tres esferas (...) alerta orientada en tres esferas. Neurológico: sin déficit aparente (...) estado general: buen estado general.</p> <p><i>Plan Diagnostico y terapéutico:</i></p> <p>SE DA FORMULACION DE LA MEDICACION</p> <p><i>Comentario Generales:</i> <i>Paciente quien debe ser valorada por ortopedia y manejo y controles por medicina especializada."</i></p> <p><i>Se explican deberes y derechos del paciente como el de recibir información completa y real sobre su estado de salud, y se ordenan medicamentos.</i></p> <p><u>Atención por urgencias del 25 de marzo de 2009 efectuada por el Hospital de Engativá³⁷.</u></p> <p>En la que se registra hora de ingreso 12:26, motivo de consulta 15 días de dolor en muslo derecho, anoche fiebre, antecedente de fractura fémur derecho y osteomielitis.</p> <p>"OBJETIVO BUENE STADO (Sic) GENERAL ALERTA ORIENTADA FC 80 FR 20 TA 106/70 T 36.8</p>

³⁶ "(...) La leucocitosis expresa que el organismo requiere más leucocitos en sangre periférica, bien porque tenemos infección o inflamación, en ocasiones generalizada. Habitualmente en ambos casos nuestros leucocitos en sangre aumentan, tenemos leucocitosis.". Consultado en <https://www.fesemi.org/informacion-pacientes/conozca-mejor-su-enfermedad/leucocitosis>

³⁷ CD f. 845 C. Ppal. 2, archivo "GINA MARCELA PRADA Engativá", P. 4-9.

<p>MID LESIÓN CIRCULAR DE 5 MM DE DIÁMETRO EN EXTREMO DISTAL DE CICATRIZ DE HERIDA QUIRÚRGICA MUSLO DERECHO, CON SECRECIÓN ESCASA NO FÉTIDA CETRINA DOLOR A LA PALPACIÓN DEL FEMUR DE PREDOMINIO TERCIO PROXIMAL ARCOS DE MOVIMIENTO DE CADERA Y RODILLA CONSERVADOS SIN DEFICIT NEUROLÓGICO O VASCULAR</p> <p>ANÁLISIS DE RESULTADOS C HEMÁTICO GLÓBULOS BLANCOS 8.97 4.5 10.0NEUT% NEUTRÓFILOS EN PORCENTAJE. 89.91 37.00 75.00 LINF% <u>LINFOCITOS EN PORCENTAJE 5.62</u> HEMOGLOBINA 11.5 11.0 18 HCT HEMATOCRITO 35.6 RECuento DE PLAQUETAS 319000 NEUTROFILIA SIN LEUCOCITOSIS <u>VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN 65 aumentada</u> <u>PROTEÍNA C REACTIVA (CUANTITATIVA) 14.30 Positiva</u></p> <p>ANÁLISIS RX FÉMUR DERECHO IMAGEN DE FRAGMENTO ÓSEO SUELTO EN TERCIO MEDIO DE MUSLO DERECHO IMAGEN DE SECUESTRO ÓSEO EN DIÁFISIS TERCIO PROXIMAL DX OSTEOMIELITIS CRÓNICA AGUDIZADA FÉMUR DERECHO</p> <p>PLAN <u>HOSPITALIZAR PISO</u> <u>TRATAMIENTO (Sic) ANTIBIÓTICO IV BICONJUGADO DE ACUERDO A EVOLUCIÓN (Sic) CLÍNICA PROGRAMAR LAVADO DRENAJE Y CURETAJE DE FÉMUR</u> (Subrayado fuera del texto original)</p> <p>Anotación de las 6:06 p.m.</p> <p>“ANÁLISIS <u>PACIENTE CON INDICACIÓN DE TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO INTRAVENOSO INTRAHOSPITALARIO. SIN EMABRGO (Sic) ASEGURADORA NO AUTORIZA HOSPITALIZACIÓN EN ESTA INSTITUCIÓN. MOTIVO POR EL CUAL SE DA ORDEN DE REFERENCIA PARA QUE ASISTA POR SUS PROPIOS MEDIOS AL HOSPITAL DE SUBA.</u></p> <p>PLAN <u>REMISIÓN MANEJO INTEGRAL ORTOPEDIA HOSPITAL DE SUBA SALIDA CON RECOMENDACIONES”</u></p> <p><u>Atención por urgencias del 28 de marzo de 2009 efectuada por el Hospital de Engativá³⁸.</u></p> <p>“Fecha - Hora Llegada: 28/03/2009 10:15</p> <p>MOTIVO DE CONSULTA TIENE DOLOR INTENSO EN LA PIERNA DERECHA</p> <p>IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA OSTEOMIELITIS CRÓNICA FEMUR DERECHO</p> <p>OBSERVACIONES REINGRESO A URGENCIAS ADULTOS YA FUE VALORADA EN ESTA INSTITUCION POR ORTOPEDIA</p> <p>(...)</p> <p>EXAMEN FÍSICO SIGNOS VITALES Hora: 12:22 Frecuencia Cardíaca: 78 Latidos/min Frecuencia Respiratoria: 22 Resp/min</p>
--

³⁸ CD f. 845 C. Ppal. 2, archivo “GINA MARCELA PRADA Engativá”, P. 1-3.

<p>Ventilación Asistida: No Tipo de Respiración: Normal Saturación de Oxígeno: 97 % Temperatura: Normotermico 37.00 °C Lugar de la Toma: Axilar CONDICIONES GENERALES Hora: 12:22 Aspecto General: Regular Condición al Llegar: Sobrio Color de la Piel: Normal Estado de Hidratación: Hidratado Estado de conciencia: Alerta Orientado en Tiempo: Si Orientado en Persona: Si Orientado en Espacio: Si Estado de Dolor: Moderado Posición Corporal: Normal</p> <p>(...)</p> <p>DIAGNÓSTICO PRINCIPAL (...) OSTEOMIELITIS CRONICAS (...)</p> <p>Plan: PTE ACEPTADA POR ORTOPEDISTA DE TURNO DEL HOSPITAL DE SUBA SE ESPERA AMBULANCIA PARA TRASLADO DIPIRONA 2.5 GR IV AHORA</p> <p>Clasificación de la atención: URGENCIA</p> <p>ORDENES MEDICAS MEDICAMENTOS 28/03/2009 12:24 Dipirona sodica 2.5g/5ml sln iny, 2.5 GRAMO, INTRAVENOSA, Dosis Unica, NO APLICA Firmado por: DIEGO MOJICA, MEDICINA GENERAL”</p> <p><u>Atención por urgencias del 28 de marzo de 2009 efectuada por el Hospital de Suba³⁹.</u></p> <p>“hora: 14:31 (...) Motivo Consulta PACIENTE REMITIDA DE HTAL ENGATIVA PARA VAL POR ORTOPEDIA CON IDX OSTEOMIELITIS CRONICA, PACIENTE QUIEN SUFRIERA ACCIDENTE DE TRANSITO HACE 10 AÑOS CON OSTEOSINTESIS FEMUR DERECHO, 3 AÑOS DESPUES PRESENTO OSTEOMIELITIS Y LA CUA HA REQUERIDO NUEVAMENTE 2 LAVADOS QUIRURGICOS, ACTUALMENTE MALESTAR GENERAL DE 1 SEMANA DE EVOLUCION FIEBRE NO CUANTIFICADA SIN OTROS SINTOMAS O TTO. RESTO ANTECEDENTES NEGATIVOS (...) Análisis: PACIENTE CON EMPEORAMIENTO DE PATRON RESPIRATORIO DESATURACION AL MEDIO HASTA 50%, SE INICIA O2 POR CANULA NASAL A 32% FIO2 CON LEVE MEJORIA, SE CONSIDERA DEBE DESCARTARSE SEPSIS</p> <p>Plan de Manejo: SS RX TORAX VAL MED INTERNA</p> <p>Evolución - Área: Hx MEDICINA INTERNA Hora (hh:mm): 15:59Análisis: PACIENTE CON PERSISTENCIA DE POLIPNEA Y IMPORTANTE TRABEJO VENTILATORIO, IMAGEN DE RX MUESTRA INFILTRADOS MIXTOS DISEMINADOS CARDIOMEGALIA, GASES ARTERIALES CON ALCALOSIS RESPIRATORIA COMPENSADA CON ACIDOSIS METABOLICA , TRASTORNO SEVERO DE OXIGENACION, SE ORDENA TRASLADO A SALA DE RENIMACION</p>

³⁹ Fls. 54 y siguientes del Cuaderno de “Copias de la Historia Clínica”.

	<p>PARA MONITORIZACION, EN ESPERA DE CONCEPTO DE MED INTERNA</p> <p>(...)</p> <p>Plan de Manejo: <u>PTE EN MAL ESTADO GENREAL CON HIPERVENTILACION CON FFALA RESPIRATORIA VALORADPO POR INTERNISTA INTENSIVISTA QUIEN ORDENA TRASLADAO A UCI . PARA MANEJO</u></p> <p><u>Atención del 29 de marzo de 2009, efectuada por el Hospital de Suba⁴⁰.</u></p> <p>"PACIENTE QUIEN ES REMITIDA DE HOSPITAL DE ENGATIVÁ CON CUADRO DE MAS O MENOS 20 DÍAS DE EVOLUCIÓN. CONSISTENTE EN ASTENIA, ADINAMIA, MALESTAR GENERAL Y DOLOR EN MUSLO DERECHO EL CUAL HA SE HA AUMENTADO PROGRESIVAMENTE HASTA PRODUCIR DIFICULTAD AL APOYO DE LA EXTREMIDADES, ASOCIA PICOS FEBRILES CUANTIFICADOS EN MAS O MENOS 38 C, REFIERE QUE MAS O MENOS HACE 1 DÍAS TODOS SUS SÍNTOMAS SE EXACERBAN Y ASOCIA SENSACIÓN DE DISNEA, TOS SIN EXPECTORACIÓN. TRAE RX DE TÓRAX DEL SITIO DE REMISIÓN CON INFILTRADOS ALVEOLARES EN LOS CAUTRO CUADRANTES. ES VALORADO EN URGENCIAS POR EL SERIVIOC (Sic) DE MEDICINA INTERNA QUIENES CONSIDERARN (Sic) EDEMA PULMONAR POR ALTERACIÓN DE LA PERMEABILIDAD TIPO SDRA, CON SOSPECA (Sic) DE ARTRITRIS (Sic) SÉPTICA DE CADERA. ANTE LA FALLA RESPIRATORIA INMINENTE DECIDEN TRASLADO A UCI. INGRESA EN MUY MALAS CONDICIONES GENERALES CON INMINENCIA DE TRABAJO (Sic) RSPIRATORIO (Sic), CON DESATURACION IMPORTANTE 52%, SIN DETERIORO CARDIOVASCULAR O DEL ESTADO DE CONCIENCIA. SE INICIA MANEJO INICIAL TRANSITORIO CON FIO ELEVADAS CON LO CUAL RESUPERA (Sic) SATURACIÓN Y VNI SIN COLABORACIÓN DE LA PANTE (Sic), ANTE LO CUAL SE REALIZA INTUBACIÓN OROTRAQUEAL PRESVIA (Sic) SECUENCIA DE INTUBACIÓN RÁPIDA CON MIDAZOLAM, FENTANILO Y ROCURONIO. PRESENTANDO DETERIO CARDIOVASCULAR PRESENTADNO (Sic) PARO EN RITMO DE ACTIVIDAD ELÉCTRICA SIN PULSO, SE INICIAN MANIOBRAS DE RANIMACION (Sic) CON MASAJE Y ADMINISTRACIÓN DE ATROPINA. Y RESPONDE DE MANERA ADECUADA A LOS 5 MINUTOS. DURANTE LA INTUBACIÓN CON SALIDA DE ABUNDANTE SANGRADO POR TUBO OROTRAQUEAL QUE CESA CON EL LAVADO POR TUBO. TIENE ANTECEDENTES: FX DE FEMUR DERECHO HACE 10 AÑOS Y OSTEOMIELITIS DE FÉMUR QUE FUE TRATADA CON DRENAJE Y CURETAJE HACE 3 AÑOS Y POSTERIORMENTE HA REQUERIDO 2 LAVADOS QUIRÚRGICOS, ÚLTIMO HACE 1 AÑO. EN EL MOMENTO PACIENTE CON SV: 77 A: 166/58 FC: 133 FR: 19 T: 37 PALIDEZ MUCOCITANEA SEMIHUMEDA, ESCLERAS ANICTERICAS PUPILAS MIDIRATICAS POR EFECTO ANTICOLINERGICO, AUSCULTACIÓN SIN AGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS TAQUICARDICOS, ABDOMEN DISTENDIDO, SIN MASAS, CON DESCOMPRESIÓN AL PASO DE SONDA NASOGÁSTRICA."</p> <p>(...)</p> <p><i>Plan Diagnóstico y terapéutico:</i> PACIENTE CON ANTECEDENTE DE OSTEOMILITIS CRONICA SIN OTRO ANTECEDENTE DE IMPORTANCIA CON DOLOR EN REGION POSTERIOR DE MUSLO DERECHO, CON SIGNOS PROGRESIVOS DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA, CON RX DE TORAX COMPATIBLE CON SINDROEM DE DISTRESS RESPIRATORIO, DURANTE LA INTUBACION CON DETERIORO CARDIOVASCULAR CON PARO EN RITNO DE ACTIVIDAD ELECTRICA SIN PULSO, QUE RESPONDE A LOS 5 MINUTOS. SE HOSPITALIZA EN UCI, SE SOLCIITA ANGIOTAC DE TORAX PARA EVALUAR LA POSIBLIDAD DE EMBOLIA PULMNAR</p>
--	---

⁴⁰ CD f. 527 C. Ppal. 2, archivo "GINA 1", p. 1. Y siguientes.

Y ACLARAR COMPROMISO PARENQUIMATOSO EN RX DE TORAX. NO SE INIA EN EL MOENTO ANTICOAGULACION PLENA DAD LA PRESENCIA DE SANGRADO IMPORTANTE POR TUBO DE TORAX EL CUAL FUE AUTOLIMITADO, SIN EMBARGO SE EVALUARA LA PRESENCIA DE ANEMIA FERROPENICA, DADO LOS HALLAZGOS RADIOLOGICOS QUE PUEDEN ENCONTRARSE EN LAS HEMORRAGIAS ALVEOLARES.(...)

Evolución del 30 de marzo de 2009

Datos Subjetivos: PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE CHOQUE SEPTICO.

Hallazgos Importantes: PACIENTE ALERTA, TORAX: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, SIN RUIDOS SOBREGREGADOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION, EXTREMIDADES CON EDEMA GRADO I

Análisis: PACIENTE CONTINUA CON REQUEURIMIENTO DE SOPORTE VENTILATORIO.

Plan de Manejo: CONTINUAR VIGILNACIA HEMODINAMICA

Evolución del 31 de marzo de 2009

Hallazgos Importantes: MALAS CONDICIONES GENERALES DESACOPALDAA VNETILACION MECANICA INVASIVA FEBRIL CON RSCS RITMICOS TAQUICARDICOS RSRs SIMETRICOS CON ESTERTORES EN AMBOS CAMPOS PULMONARES ABDOMEN BALNDO NO DOLOROSO NO HEPATOLMEGALIA, NO SANGRADO VAGINAL, EXTREMIDADES EDEMATIZADAS
HEMODINAMIAS: GC: 6.2-9.2 IC: 4-6.7 IRVS: 713-1300 VVS: 6-14 CON FC 104-112 PAM: 50-75 FR 30-38 SATURACION MAXIMA 94
PARACLINICOS CON HEMORAMA QUE REVELA LEUCOS 5500 NEUTROFILOS: 80.5 RTO PLAQUETARIO 254000 SIN TRASOTNOR ELECTORLITOCO SIN ALTERACION AZOAOADS SIN MODIFICACNIION TIEMPOSD E OCAGULACION SIN ALTERACION.

Análisis: PACIENTE CON INDICACION DE UCI QUIEN REQUIERE VENTILACION MECANICA INVASIVA SOPORTE VASORPESRO ALTAS DOSIS FEBRIL TAQUICARDICA QUIEN SE ENCTRA EN CHQOU SE ORIENTICO FOCO INFECIOCO OSEO DESCARTADO AYER MEDIANTE LAVADO Y EXPLORACION MIEMBRO INFEIROR DERECHO QUEI SE COSNIDERA EN EL MOEMNTO CON PROBABLE FOCO PULMONAR SIN AISLAMIENTO DEGERMEN EN EL MOMENTO CON OCA REPSUSAT QUIEN HA MNTENIDO FUNCION RENAL SIN TRASOTNOR HEMATOLOGICO NI ELECTORLITICO TENDENCIA A LEUCOPENIA PERSIITE CON HEMODINAMICAS QUE REVELAN HIOERDINMA DESACOPALDA A VNTILACION MECNAICA POR LOQ EUS E DECIDE AUENTAR SEDACION ANALESIA CON DISCRETA DISMINUCIOND E FR SE AUEMTA PS NO PERMITE DESTET DE FIO2 EN EL MEONTO QUEDA CON FR DE 32 POR MINUTO CON FC 112 ADECUADAS CIFRS TENSIOANES SE CNSIDERRA NIDCADO REALIZAICND E TAC DE TORAX SIN EMABRO POR LAS CONDICIONES DE LA PACIENTE PARAMETROS VENTILATORIOS ALTOS NO SE DEBE TRASLADAR, PENDIENTE HEMOCULTIVOS SEGUN REPORTE SE DEBER CONSIDERAR PATOLOGIA INMUNOLIGICA QUE EXPLIQUE ESTADO CRITICO DE LA PACIENTE
Plan de Manejo: MONITORIZACION UCI VENITLACION MECANICA INVASIVA SOPORTE VASORPSRO SEDACION ANALGESIA.

Evolución del 1 de abril de 2009

Datos Subjetivos: MALAS CONDICINES GENERAES DESACOPALDA A VENTIALCION MECANICA INVASIVA MOTIVO POR EL CAUL SEDECIDE INICIAR RELAJACION EN IN FUSION CONTINUA RAMSAY 7 ACTUAL.

	<p>SOPORTE VENTILATORIO: VENTILACION MECANICA INVASIVA PRESION ASISITIDO CONTORLADO PSPEEP 22 PINS 26 PRESION PICO 38 MEDIA 26 FIO2 80 %</p> <p>Hallazgos Importantes: MALAS CONDICIONES GENERALES MCUOSA ORAL HUMEDA CONJUNTIVAS HIPOCORMICAS ESCLERAS ANICTERICAS RS CS RITMICOS TAQUICARDICOS RSRs SIMETRICOS CON ESTERTORES EN AMBOS CAMPOS PULMONARE EN AMOS CAMPOS PULMONARES ABDOMEN RSIS POSITIVOS BLANDO NO DOLOROSO A LA PALPACION EXTREMIDADES EDEMATIZADS HERIDA QUIRURICA EN FEMUR SIN ALTERACION.</p> <p>(...)</p> <p>Análisis: PACIENTE CON INDICACION DE UCI QUEIN CURSA CON COQUEU SEPTICO SINDORME DISTRESS RESPIRAOTIRA DEL ADULTO (SDRA) SOPORTE VENTILATORIO DESACOPLADO HIPOXEMICA POR LOQ EU SE CONSIDERA CAMBIAR ESTARATEGIA VENTIALTORIOREALJACION MUSCULAR CONTINUA INICAR VENTIALCION ASSITIDA CONTORLADA CON PARCIAL MEJROIA DE SATURACION SI EMBARGOE NE L MEONTO HA PERISITIDO CON HIPOTENSION SISITENIDA DISMINUCION DE GASTO URINARIO, DISMINUCION DE GAC EIC, SIN REPSEUSAT AL AUEMTNO DE VASOPRESINA HASTA 10UNIDADES NORADRENALINA 1 M EV HORA. SE PASSA BOLA DE HIDRICORITOSONA SOSPECHANDO ENE L MOMENTO QUE PRESENTA INSUFICIENICA SUPRARENAL SE ADICIONA AL SOPORTE ADRENALINA SE CONSIDERA LA EVOLCUION TORPIDA RALZIACIOND E TAC CONTRLASTADO DE MANERA PRIORITARIA, Y NUEVA ECORAFIA DE TEJIDOS BLANDOS MUSLO DERECHO</p> <p>Plan de Manejo: VENTILACION MECANICA INVASIVA SOPORTE VASOPRESOR NORADRENALINA 1 M K MIN ADRENALINA 0.2 M K MIN TITULABLE VASOPRESINA 10 UNIDADES EV HORA ANTIBIOTICOTERAPIA. HIDROCORTISONA 100 M EV AHORA. PENDIENTE REPORTE DE AMENRA URTGENTE DE CULTIVOS Y ANTIBIOGRAMA. PENDIENTE TOMA DE TACDE TORAX Y ECO DE TEJIDOS BLANDOS</p> <p>(...)</p> <p>Análisis: PACIENTE EN MALAS CONDICIONES GEENRALES QUEIN CURSA CON CHOQUE SEPTICO ASOCIADO A SINDROME DISTRESS RESPIRATORIO EN QUIEN SE CONSIDERO POR ANTECEDNETE Y SINTOMATOLIA FOCO INFECCIOSO ORIINADO DE OSTEOMELITIS CRONICA AGUDIZADA CON LAVADOS INICIAL NEGATIVO HEMOCULTIVO REPORTADO HOY DE AMERRA VERBAL CON CRECIMIENO PROBABLE DE ESTAFILOCOCO AEREUS (CMPATIBLE CON SOSPECHA CLINICA) , PRESENTA EN HORAS DE LA MAÑAN MARCADO DETERIRO CARDIOVASCULAR SOPORTADA CON ADRENALIA NORADRENALINA VASSOPRESINA DOSIS MAXIMA CON PERISITENCIA DE TAQUICARDIA E HIPOTENSIOIN POR LOQ UE SE CONSIDERO INSUFICIENICA SUPRARENAL PARA LO QUE SE ADMINISTRO CORTICOESTEROIDES SIN RESPUESTA PRESENTANDO POSTERIORMENTE MARCADA DISFUNCION CARDIOVASCUALR EVIDENICADA EN DISMINUCION DE ASTO CARDIACO E IC OR LO QUE ADMINISTRA DOBUTAMINA, RAPIDAMENTE PRESENTA DISFUNCION MULTIORANICA ANURIA HEMORRAIA GASSTROINTESTINAL, SANGRADO VIAS AEREA PRESENTA ASISITOLIA A LAS 11: 45 AM SE INICIAN MANIOBRAS DE REANIAMCION CARDIOPULMOANR AVNZADAS MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS; 14 CILCOS DE ADRENALINA, BICARBPNATO ATROPINA SIN ONBTENER NUEVAMENTE RITMO SE AVISA A LOS FAMILIRES EL ESTADO DE LA PACIENTE SE COTIANU REANIAMCION POR 45 MINUTOS SIN RESPEUSTA ALGUNA SE DECLARA HORA DE DEFUNCION 12: 35 PM SE CONSIDERA DEBE REALIZARSE NECROPSIA."</p>
--	---

<p>Testimonio de Yolanda Murillo fls. 622 a 624 Cuaderno 1</p>	<p><i>Del que destaca:</i></p> <p><i>"(...) Yo fui al Hospital de Suba con la señora Ana a llevar a Gina Marcela, después la mandaron al Hospital de Engativá con Gina Marcela, de ahí llamaron a Colsubsidio para la hospitalización de la niña y Colsubsidio no autorizó la Hospitalización de Gina Marcela. Se llevo a la niña porque ella tenía un dolor en la pierna derecha, tenía mucha fiebre y únicamente le deban diclofenaco e ibuprofeno para el dolor, ni siquiera nos prestaron una ambulancia para llevarla nos tocó a nosotros por nuestros propios medios llevar en un taxi fue como una semana en eso, hasta que murió (...)"</i></p>
<p>Informe Pericial de Necropsia N° 2009010111001001332, del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, efectuado a mujer de 17 años fls. 493-503 c.1</p>	<p><i>Registra:</i></p> <p><i>"(...) Se realiza la necropsia médico legal el día 2 de abril de 2009 con los siguientes hallazgos: cadáver de una mujer joven, desnudo, con edema generalizado, con evidencia de incisión quirúrgica reciente en cara externa del mudo derecho realizada sobre una cicatriz ubicada en la misma región, suturada, de bordes rosados y con eritema en el extremo inferior. Internamente se observan los órganos edematizados, congestivos, el bazo de aspecto anormal al igual que los riñones y los pulmones, se observan trombos de características vitales en la vasculatura venosa de ambas piernas. Disección de muslo derecho: se aprecia colección de pus en el vientre de los músculos de la cara externa del muslo (tensor de la fascia lata y recto anterior) que se extiende hasta proximidades de la capsula articular de la cadera derecha y compromete el periostio del tercio proximal del fémur derecho. También se aprecia algunos trombos en la vasculatura venosa superficial del tercio proximal del muslo derecho. El fémur derecho presenta engrosamiento perióstico en el tercio proximal de la diáfisis y al corte a este nivel se observa presencia de pus de color verde en el canal medular en contraste con la ausencia de pus en el canal medular de los tercios distales de la diáfisis femoral derecha.</i></p> <p><i>El estudio histopatológico realizado a los cortes viscerales tomados del cadáver reporto: cortes de pulmón con evidencia de neumonía en consolidaron, tejidos bandos del muslo derecho con necrosis y abscedacion, riñones con necrosis tubular aguda, bazo con cambios compatibles con esplenitis séptica y congestión visceral generalizada.</i></p> <p>Opinión.</p> <p><i>Con la información disponible hasta el momento, el caso se trata de una mujer de 17 años, con antecedente de fractura de fémur derecho ocurrida durante incidente de tránsito 10 años antes de su fallecimiento y manejada con reducción abierta. Como complicación del trauma se presentó cuadro de osteomielitis crónica en el sitio de la fractura asociada a extenso proceso inflamatorio fistulizado en tejidos bandos circundantes que desencadenó cuadro de sepsis, choque séptico secundario y muerte.</i></p> <p><i>Causa de muerte: trauma en muslo derecho (fractura de fémur derecho)."</i></p>

6.5.1.3. Comunidad probatoria de la que se tienen, contrastado el debate que se suscita en esta instancia, como relevantes los siguientes **hechos probados**:

- El 27 de febrero de 2009, GINA MARCELA PRADA de 17 años de edad, surtió consulta de control de osteomielitis en fémur derecho en el Hospital de Suba, oportunidad en que se solicitó rx de femur derecho. ch, vsg, pcr, control, y se le explicó a la paciente la condición y naturaleza de la patología, así como el tratamiento y posibles complicaciones, lo cual atendió y aceptó.
- El 12 de marzo de 2009, se surtió valoración por urgencias de la misma ESE, con motivo de consulta dolor en muslo derecho, de siete (7) días de evolución consistente en dolor tipo opresivo en muslo derecho de moderada intensidad progresivo e intermitente, y consigna en observaciones, cuadro clínico de dos (2) días de evolución consistente en dolor y calor en muslo derecho con secreción serosangrínolenta, al examen físico con mucosa húmeda, extremidades pulsos positivos, calor y rubor con secreción “serosangrínolenta” ligeramente fétida, no compromiso neurovascular.

Se surte plan diagnóstico, con observación, medicación y exámenes, y la paciente refirió desaparición del dolor en pierna derecha, y en análisis se consignó: *“paciente quien presenta dolor leve en pierna desde 3 años asociado a punto de secreción desde momento de cirugía tiene como antecedente osteomielitis hace 3 años **en el momento sin leucocitosis⁴¹** **sin respuesta inflamatoria sistémica sin cambios en rx que sugieran proceso aguda actualmente paciente afebril por lo que descarta proceso infeccioso se da salida con formula de diclofenac 50 mg cada 6 horas cita por consulta externa para valoración por ortopedia, signos de alarma recomendaciones generales.**”*

- El 17 de marzo de 2009, la paciente asiste a cita médica de control en la que se destaca que, en el último control por ortopedia, cinco (5) días atrás, se evidenció todo bajo control, le tomaron rx y exámenes de laboratorio en los cuales de descarto que presentara proceso infeccioso. Se constató su buen estado general, se efectuó formulación de medicación, se le explicaron sus deberes y derechos, tales como, como el de recibir información completa y real sobre su estado de salud, y se ordenan medicamentos.
- El 25 de marzo de 2009, a las 12:26 horas, acude a urgencias del Hospital de Engativá, e informa como motivo de consulta quince (15) días de dolor en muslo derecho, noche anterior fiebre, antecedente de fractura fémur derecho y osteomielitis. El examen objetivo consigna buen estado general alerta orientada, plan hospitalización, tratamiento antibiótico biconjugado, de acuerdo a evolución clínica programar lavado drenaje y curetaje de fémur. En anotación de las 6:06 p.m. se consigna trata de paciente con indicación de tratamiento antibiótico intravenoso intrahospitalario, sin autorización por la aseguradora para su internación en esa institución, por lo que se procede a dar orden de referencia para que asista por sus propios medios al Hospital

⁴¹ “(...) La leucocitosis expresa que el organismo requiere más leucocitos en sangre periférica, bien porque tenemos infección o inflamación, en ocasiones generalizada. Habitualmente en ambos casos nuestros leucocitos en sangre aumentan, tenemos leucocitosis.”. Consultado en <https://www.fesemi.org/informacion-pacientes/conozca-mejor-su-enfermedad/leucocitosis>

de Suba II Nivel, plan remisión manejo integral ortopedia y da salida con recomendaciones.

- El 28 de marzo de 2009 reingresa por urgencias al Hospital de Engativá, por dolor intenso en la pierna derecha, impresión diagnóstica osteomielitis crónica de fémur derecho, con observaciones de reingreso a urgencias adultos y valoración en la institución por ortopedia. El examen físico revela un regular estado general, se da plan, paciente aceptada por ortopedista de turno del Hospital de Suba II Nivel, se espera ambulancia para traslado y se ordena medicación.
- En la misma fecha, a las 14:31 ingresa al Hospital de Suba II Nivel, donde se constata paciente con empeoramiento de patrón respiratorio, trastorno severo de oxigenación, se ordena traslado a sala de reanimación para monitorización, en espera de concepto de medicina interna, paciente en mal estado general con hiperventilación con falla respiratoria valorado por internista intensivista quien ordena traslado a UCI.
- Del 29 al 31 de marzo siguientes, su condición empeora, al punto que el 1 de abril de 2009, en horas de la mañana presenta marcado deterioro cardiovascular soportada con adrenalina noradrenalina vasopresina dosis máxima con persistencia de taquicardia e hipotensión por lo que se consideró insuficiencia suprarrenal para lo que se administró corticoesteroides sin respuesta presentando posteriormente marcada disfunción cardiovascular, rápidamente presenta disfunción multiorgánica anuria hemorragia gastrointestinal, sangrado vías aéreas presenta asistolia a las 11: 45 am se inician maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzadas sin obtener nuevamente ritmo se avisa a los familiares el estado de la paciente se continua reanimación por 45 minutos sin respuesta alguna se declara hora de defunción 12: 35 pm y recomienda necropsia.
- No obra en la historia clínica registro de que la menor adolescente GINA MARCELA PRADA de 17 años de edad, haya acudido al Hospital de Suba II Nivel entre el 25 y el 27 de marzo de 2009.

6.5.2. Análisis de la situación fáctica y decisión

6.5.2.1. Procede modificar la sentencia de primera instancia, por encontrar que al Hospital de Engativá II Nivel E.S.E., es imputable pérdida de oportunidad, respecto de la probabilidad de sobrevivir de la menor - adolescente Gina Marcela Prada, por haber omitido su remisión en ambulancia al Hospital de Suba II Nivel ESE, y prospere la apelación de la activa en punto de excluir la concausalidad en sede de las víctimas.

Secuencia en la cual destaca que a las 12:26 p.m. del 25 de marzo de 2009, acudió a urgencia de la mencionada entidad hospitalaria, con cuadro de quince (15) días dolor en muslo derecho, fiebre en esa noche y con antecedente fractura fémur y osteomielitis, y habiendo ordenado los servicios médicos del plan de manejo, incluidos hospitalización, tratamiento antibiótico intravenoso biconjugado - oxacilina, amikacina y dipirona, y según evolución clínica programación de lavado, drenaje y curetaje de fémur, y que los enunciados servicios no se prestaron en esa IPS, por razón a que la aseguradora de la paciente no autorizó su internación en esa institución, sino su remisión al Hospital de Suba II Nivel E.S.E., el Hospital de Engativá, omitió surtir el traslado al centro receptor, y optó indebidamente, incumpliendo sus deberes funcionales, por darle salida para que por su propia cuenta realizara el proceso de contrarreferencia, trasladando de esta forma, la responsabilidad que le incumbía en el trámite de contrarreferencia a la paciente menor de edad y sus familiares.

Configurando en contraste con el marco normativo de la referencia y contrarreferencia de los pacientes previsto en los Decretos 2757 de 1991 y 4747 de 2007, en marco de los cuales, las entidades públicas y privadas del sector salud, que hayan prestado la atención inicial de urgencias, deben garantizar la remisión adecuada de los usuarios hacia la institución del grado de complejidad requerida, que se responsabilice de su atención, siendo en este caso la institución referente, para el caso, el Hospital de Engativá II Nivel ESE, el responsable de la atención del paciente objeto de remisión, hasta que ingrese a la institución receptora, Hospital de Suba II Nivel ESE.

En este orden, si bien para el 25 de marzo de 2009, el cuadro clínico de Gina Marcela Prada, no asumía como urgencia vital, es igualmente cierto, que evidenciaba la necesidad de manejo intrahospitalario, y el Hospital de Engativá II Nivel ESE, obviando sus deberes como entidad remitora, omitió surtir los trámites administrativos de su cargo, para garantizar el efectivo ingreso de la paciente a la institución receptora; configurando una falla en el servicio, que si bien no reviste como causa eficiente de la posterior muerte de la menor - adolescente Gina Marcela Prada, sí fue causa de pérdida de oportunidad respecto de su probabilidad de sobrevivir, y destaca del incumplimiento de su deber obligacional, que tratando de

menor adolescente, le era exigible mayor diligencia, contrastado que por virtud del artículo 45 Constitucional, los adolescentes tienen derecho a la protección y formación integral.

6.5.2.1. No es de recibo el argumento dealzada de la pasiva – Hospital de Engativá II Nivel E.S.E., respecto a que la causa del daño es imputable a culpa exclusiva de las víctimas directa e indirectas, y tampoco encuentra correcto el criterio de concausalidad declarado en la sentencia de primera instancia.

Es así, porque el manifiesto y total incumplimiento del deber funcional que en su condición de entidad remitora le incumbía al Hospital de Engativá II Nivel ESE, sublevaría incorrectamente la norma que le soporta, de acoger su tesis de culpa exclusiva de la víctima, y comportaría acoger como plausible que contraviniendo la normativa que reglamenta la materia, hubiera trasladado a la paciente y sus familiares el trámite de referencia, que debió surtir directamente y que solo asumía como cumplido, con el efectivo ingreso de la paciente a la entidad receptora.

Criterio en virtud del que asume igual no correcto, el criterio de concausalidad en sede de las víctimas, declarado por el Juez de Primera Instancia, por cuanto también presupone, aunque sea cuantitativamente parcial, desplazamiento de la responsabilidad que normativamente incumbía al Hospital de Engativá II Nivel ESE.

En consecuencia, próspera la apelación de la activa en punto de modificar la sentencia de primera instancia para excluir la concausalidad en sede de las víctimas, y consecuentemente la reducción del monto indemnizatorio que se dispuso en la sentencia objeto de alzada.

6.5.3- En secuencia de la modificación del título de imputación al de pérdida de oportunidad, el reconocimiento indemnizatorio corresponde a la probabilidad de sobrevivir que se establece en un setenta por ciento (70%).

Reiterado que la indemnización del perjuicio en pérdida de oportunidad, asume como uno de sus dos (2) esquemas, como una proporción reducida, equivalente al porcentaje de oportunidad pérdida, y esta ha sido la adoptada por esta Sala de

Decisión, y conjugado además, con apoyo en la literatura médica, que el riesgo de muerte por osteomielitis es poco frecuente, máxime tratándose de menor adolescente de diecisiete (17) años de edad.

De forma que existe certeza respecto que existía oportunidad respecto que la menor - adolescente Gina Marcela Prada, sobreviviera y se perdió, imposibilitando de manera definitiva evitar su muerte, y encontraba para el 25 de marzo de 2009, en una situación potencialmente apta para obtener su sobrevivencia.

6.5.4- No es de recibo la impugnación de la activa en lo que corresponde a su pretensión de obligación indemnizatoria a cargo del Hospital de Suba II Nivel ESE, por carecer de fundamento probatorio, siendo su carga procesal, acreditar la premisa fáctica que soportará declarar su responsabilidad extracontractual.

Como quiera que conforme se establece de la realidad procesal, no encuentra probado que la mencionada IPS, haya incurrido en irregularidad en el cumplimiento de sus deberes funcionales, específicamente, sus deberes médico asistenciales en prestación del servicio de salud a la menor - adolescente Gina Marcela Prada, y por el contrario, conforme a los registros en su historia clínica, fueron correctas las valoraciones y controles efectuados en el Hospital de Suba II Nivel ESE, y que se cumplieron el 27 de febrero, 12 y 17 de marzo de 2009, efectuando exámenes diagnósticos que determinaron que para ese momento no presentaba proceso infeccioso.

Panorama en el que precisa señalar, que si bien la activa aduce que la mencionada IPS se negó a prestar el servicio cuando acudieron con la referencia del Hospital de Engativá ESE, asume categórico que incumplió su carga procesal de probar el referido supuesto fáctico, y no obra en el plenario medio de convicción a partir del cual establecer razonablemente, ni siquiera por vía indiciaria, el fundamento de esa imputación; de forma que lo por concluir es que Gina Marcela Prada, no acudió al Hospital de Suba II Nivel ESE entre el 25 y el 27 de marzo de 2009, y solo hasta el 28 de marzo de 2009, por su agravamiento reingresa por urgencias al Hospital de Engativá ESE, y trasladada en ambulancia al Hospital de Suba II Nivel ESE, ingreso

a las 14:31 horas de la misma fecha, donde se constata empeoramiento de su patrón respiratorio, trastorno severo de oxigenación y ordena traslado a sala de reanimación para monitorización, en espera de concepto de medicina interna, que ordena traslado a UCI, presentando no obstante, empeoramiento de su condición del 29 al 31 siguientes, y el 1 de abril de 2009, en horas de la mañana presenta marcado deterioro cardiovascular y aunque se le soporta correctamente con adrenalina noradrenalina vasopresina dosis máxima, persiste taquicardia e hipotensión, con diagnóstico de insuficiencia suprarrenal, que se manejó con corticoesteroides sin respuesta, a la que siguió marcada disfunción cardiovascular, disfunción multiorgánica anuria hemorragia gastrointestinal, sangrado vías aéreas, asistolia y con maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzadas a las 11:45 a.m., sin obtener nuevamente ritmo, fallece a las 12: 35 pm.

6.5.5. No encontrándose probada temeridad manifiesta, no procede condena en costas del extremo procesal vencido.

Como quiera que tratándose de proceso que por preceptiva del artículo 308 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo – CPACA, se regula conforme ha venido decantando, por el régimen anterior, se tiene quede conformidad con el artículo 171 del Código Contencioso Administrativo CCA, reformado por el artículo 55 de la Ley 446 de 1998, la condena en costas exige que se establezca temeridad del extremo procesal que se grava con aquella, y en contraste con la conducta procesal de los aquí accionantes, no se satisface el precitado requerimiento normativo.

En mérito de lo expuesto, EL TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE CUNDINAMARCA – SECCIÓN TERCERA – SUBSECCIÓN “C”, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

FALLA

PRIMERO: Modificar, conforme a lo expuesto en esta providencia, la sentencia doce (12) de julio de dos mil diecinueve (2019), proferida por el Juzgado Sesenta y Dos (62) Administrativo del Circuito Judicial de Bogotá, así:

“CUARTO: DECLARAR administrativamente responsable al **Hospital de Engativá II Nivel E.S.E.**, hoy Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, **por la pérdida de oportunidad, respecto de la probabilidad de sobrevivir de la menor - adolescente Gina Marcela Prada**, por omitir el 25 de marzo de 2009, garantizar en su condición de institución remisoría, su efectivo ingreso a la institución receptora.

SEGUNDO: Revocar el numeral octavo de la parte resolutive de la enunciada sentencia, que dispuso condenar en costas al Hospital de Engativá II Nivel E.S.E., hoy Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E..

TERCERO: Confirmar en todo lo demás la sentencia doce (12) de julio de dos mil diecinueve (2019), proferida por el Juzgado Sesenta y Dos (62) Administrativo del Circuito Judicial de Bogotá.

CUARTO: Abstenerse de condenar en costas en esta instancia, ejecutoriada esta decisión, devuélvase el expediente al Juzgado de origen para lo de su competencia.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Firmado electrónicamente

MARÍA CRISTINA QUINTERO FACUNDO
Magistrada

Firmado electrónicamente

FERNANDO IREGUI CAMELO
Magistrado

Firmado electrónicamente

JOSÉ ÉLVER MUÑOZ BARRERA
Magistrado

MAMB