



REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO PRIMERO ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO DE
TUNJA

Tunja, seis (6) de julio de dos mil veinte (2020)

MEDIO DE CONTROL: REPARACIÓN DIRECTA
DEMANDANTE: CESAR HERNÁN RINCÓN MUÑOZ Y OTROS
DEMANDADO: E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES Y OTROS
EXPEDIENTE: 150013333001 2015 00083 00

I. MEDIO DE CONTROL

Procede el Despacho a proferir sentencia de primera instancia dentro del medio de control de Reparación Directa, instaurado mediante apoderado judicial por los señores Cesar Hernán Rincón Muñoz, Nohemí Caro Barahona, Wilmar, Ronal Rigo, Luz Nelly Rincón Caro y Blanca Nelcy Cano Valero, ésta última quien actúa en representación del menor Sebastián Felipe Rincón Cano, en contra de la E.S.E. Hospital Regional de Miraflores y el Departamento de Boyacá – Secretaría de Salud.

II. SÍNTESIS DEL CASO

A través de demanda de reparación directa, los señores Cesar Hernán Rincón Muñoz, Nohemi Caro Barahona, Wilmar, Ronal Rigo, Luz Nelly Rincón Caro y Blanca Nelcy Cano Valero, ésta última quien actúa en representación del menor Sebastián Felipe Rincón Cano, procuran que esta jurisdicción declare la responsabilidad administrativa y extracontractual de la demandada E.S.E. Hospital Regional de Miraflores, Departamento de Boyacá – Secretaría de Salud, como consecuencia del fallecimiento del señor Cesar Hernán Rincón Caro (Q.E.P.D.).

Dicha persona ingresó por el área de urgencias del Hospital el 31 de mayo de 2014, por un cuadro de parotiditis aguda y durante los días 3 y 4 de junio del mismo año fue nuevamente valorado en la institución médica pues su sintomatología se agudizó. El día 5 de junio de 2014, asistió a urgencias por complicación en su cuadro clínico y posteriormente falleció como

consecuencia de una *insuficiencia respiratoria aguda secundaria a neumonía bacteriana*.

Los demandantes consideran que la deficiente atención, sumada a la demora en la remisión del paciente a una institución de mayor nivel en la ciudad de Tunja, fueron los desencadenantes del fallecimiento. Reclaman el pago de los perjuicios morales y materiales derivados de la pérdida de su padre, hijo y hermano.

III. LA DEMANDA

3.1. PRETENSIONES (fls. 2-7).

Pretende la parte actora se declare responsable a la E.S.E Hospital Regional de Miraflores y al Departamento de Boyacá – Secretaría de Salud, por la muerte del señor Cesar Hernán Rincón Caro. Como consecuencia de lo anterior, solicitó se condene a las entidades demandadas a indemnizar a los demandantes a título de perjuicios materiales (lucro cesante) las siguientes sumas:

- A Cesar Hernán Rincón Muñoz (padre) Ochenta y Seis Millones Setenta y Cuatro Mil Novecientos Treinta y Siete Pesos (\$86.074.937).
- A Nohemí Caro Barahona (madre) Ochenta y Seis Millones Setenta y Cuatro Mil Novecientos Treinta y Siete Pesos (\$86.074.937).
- A Sebastián Felipe Rincón Cano (hijo) Ciento Treinta y Siete Millones Cuatrocientos Noventa y Nueve Mil Novecientos Pesos (\$137.499.900).
- A Wilmar Rincón Caro (hermano) Ciento Treinta y Siete Millones Cuatrocientos Noventa y Nueve Mil Novecientos Pesos (\$137.499.900).
- A Ronal Rigo Rincón Caro (hermano) Ciento Treinta y Siete Millones Cuatrocientos Noventa y Nueve Mil Novecientos Pesos (\$137.499.900).
- A Luz Nelly Rincón Caro (hermana) Ciento Treinta y Siete Millones Cuatrocientos Noventa y Nueve Mil Novecientos Pesos (\$137.499.900).

A título de perjuicios inmateriales (daños morales) las siguientes sumas:

- A sus padres y a su hijo Sebastián Felipe Rincón Cano doscientos (200) salarios mínimos mensuales vigentes a cada uno.
- A sus tres hermanos cien (100) salarios mínimos mensuales vigentes a cada uno.

A título de perjuicios en la vida de relación las siguientes sumas:

- A sus padres y a su hijo Sebastián Felipe Rincón Cano quinientos (500) salarios mínimos mensuales vigentes a cada uno.
- A sus tres hermanos doscientos (200) salarios mínimos mensuales vigentes a cada uno.

Así mismo, solicitó que las sumas de dinero sean indexadas conforme al Índice de Precios al Consumidor. Por último, solicitó se condene a la demandada al pago de las costas y agencias en derecho.

3.2. FUNDAMENTOS FÁCTICOS: (fls. 7-10)

Señaló que el 31 de mayo de 2014, el señor Cesar Hernán Rincón Caro (Q.E.P.D.), al presentar inflamación en su rostro y un agudo dolor en el lado derecho de la espalda, acudió a la sala de urgencias de la E.S.E. Hospital Regional de Miraflores. Allí fue atendido por el médico David Rátiva, quién le diagnosticó parotiditis simple sin complicación y le formuló acetaminofén y un *sobre de acetato de acetílico (sic)* ordenando una incapacidad de 7 días.

Relató que el día 03 de junio de 2014, el señor Cesar Hernán Rincón Caro (Q.E.P.D.) acudió nuevamente a la E.S.E. Hospital Regional de Miraflores por la persistencia de los síntomas. Allá fue atendido en urgencias por la médica Nadia Murillo a quién le manifestó los antecedentes de pulmón que padecía desde hace 8 años; igualmente le solicitó a la médica tratante le practicara una radiografía de pulmón, a lo que la profesional le manifestó que dicha orden solo podía ser emitida por el médico de consulta externa. Razón por la cual, el paciente solicitó cita de medicina externa y le fue agendada para el día 10 de junio de 2014.

Adujo que el día 04 de junio de 2014, el señor Cesar Hernán Rincón Caro se presentó por tercera oportunidad en la E.S.E. Hospital Regional de Miraflores, dado que su sintomatología aumentaba notablemente. Fue atendido por el médico David Rátiva, quien luego de mantenerlo en observación desde las 9 a.m. hasta la 1 p.m., decidió darle orden de salida, prescribiéndole *metropropamida (sic)* e incapacidad por 7 días.

Indicó que el 05 de junio de 2014 a las 2:30 a.m., el señor Cesar Hernán Rincón Caro (Q.E.P.D.) se presentó nuevamente en la E.S.E. Hospital Regional de Miraflores con gran dificultad para respirar, pero no logró ingresar de manera inmediata en vista de que la vigilante se encontraba dormida, y luego le impidió el ingreso hasta tanto no fuera llamado para ser atendido.

Refirió que el señor Cesar Hernán Rincón Caro (Q.E.P.D.) fue dejado en observación durante todo el día por el médico de turno, quien se negó a remitirlo a la ciudad de Tunja, pese a que dicha remisión fue solicitada por los demandantes dada la grave situación del paciente.

Manifestó que siendo las 5 p.m. le fue asignada una habitación y dos horas después, el médico de turno solicitó en virtud de la gravedad del paciente su remisión a la ciudad de Tunja, y tras haber realizado todo el trámite para ello, al momento de ser atendido por el anestesiólogo, el paciente presentó paro cardiorrespiratorio sin que reaccionara a las maniobras de reanimación.

Resaltó la relevancia de los hallazgos arrojados tanto por el informe de necropsia, al tiempo que subrayó el hecho de que la médica Nadia Murillo tenía conocimiento de las afecciones que aquejaban al señor Cesar Hernán, pues fue su profesional tratante 8 años antes cuando presentó la misma sintomatología, sin embargo, no actuó con la inmediatez necesaria.

Afirmó que la conducta asumida por los médicos David Rátiva y Nadia Murillo, al no remitir de manera inmediata al señor Cesar Rincón a la ciudad de Tunja, pese a tener conocimiento de la gravedad de su enfermedad, constituye una falla del servicio por parte de las entidades demandadas, generando así un daño antijurídico a sus padres, hermanos e hijo.

Por otra parte, informó que el señor Cesar Hernán Rincón Caro (Q.E.P.D.), devengaba por su trabajo como conductor de varias empresas petroleras ingresos superiores a los dos millones doscientos mil pesos (\$2.200.000), dinero con el cual colaboraba con la manutención de su hijo Sebastián Felipe, sus padres y hermanos, razón por la cual, la falla en el servicio ejecutada por la ESE Hospital Regional de Miraflores, generó en los demandantes no sólo unos perjuicios de orden material, sino un evidente daño moral.

3.3. FUNDAMENTOS DE DERECHO: (fls. 10-25)

Trajo a colación jurisprudencia relativa a la responsabilidad del Estado, para luego precisar que la vida es un derecho fundamental que debe ser protegido por aquel. Así, la falla en el servicio, bien sea por acción u omisión de la administración, se causa un perjuicio irremediable para su familia que debe ser reparado, por lo tanto, en el presente caso no se trata de falla en el servicio probada, ni falla presunta, razón por la cual, al demandante le basta con probar la existencia del daño y la relación de causalidad entre éste y el hecho de la administración.

Señaló que por lo expuesto anteriormente, al existir una defectuosa atención en el servicio de salud por parte del Hospital Regional de Miraflores como consecuencia de la negligencia, omisión e irresponsabilidad con la que actuaron, al no brindarle la atención médica adecuada y oportuna que hubiere permitido la supervivencia del señor Cesar Hernán Caro, se puede concluir la existencia de los elementos de responsabilidad objetiva del Estado, es decir, el daño, el cual consiste en el fallecimiento del Cesar Rincón; el nexo de causalidad, basado en que la muerte ocurrió por la deficiente prestación de los procedimientos médicos, así como en el traslado inmediato al Hospital San Rafael de Tunja.

IV. ACTUACIÓN PROCESAL

La demanda fue interpuesta el 28 de abril de 2015 (fl.101). Mediante auto de 04 de junio de 2015 este Despacho remitió el expediente al Tribunal Administrativo de Boyacá por falta de competencia en razón a la cuantía (fls. 103-vto 106), Corporación que mediante auto de 03 de agosto de 2015 ordenó remitir el expediente a este Despacho para que continuara con el trámite del proceso (fls. 10-112). Conforme a lo anterior, mediante auto de 28 de enero de 2016 se resolvió inadmitir la demanda (fls. 117-118), procediendo el apoderado de la parte actora a subsanarla. Así las cosas, este estrado dispuso su admisión a través de auto de 07 de abril de 2016 (fls. 124-125).

Una vez notificados los demandados, el Departamento de Boyacá dentro del término procedió a contestar la demanda el 11 de julio de 2016 (fls. 139-148); por su parte, la E.S.E. Hospital Regional de Miraflores, contestó oportunamente la demanda el 19 de agosto de 2016 (fls. 157-169) y llamó en garantía a la Compañía de Seguros La Previsora S.A., el cual, fue admitido el 29 de septiembre de 2016 (fls. 287-vto 289). Posteriormente, el día 30 de agosto de 2016 la parte demandante presentó escrito de objeción a las excepciones propuestas por las entidades demandadas (fls. 278-285). El 05 de octubre de 2016 la apoderada de la E.S.E. Hospital Regional de Miraflores interpuso recurso de reposición (fls.291-292) contra el auto de fecha 29 de septiembre de 2016 – por medio del cual se aceptó el llamamiento en garantía-, el cual fue resuelto a través de providencia de fecha 24 de noviembre de 2016, reponiendo parcialmente la decisión impugnada, adicionando el llamamiento en garantía, vinculando a los señores David Fernando Rátiva Ramos, Ángela María Montañez Pérez, Carlos Fernando Rojas Buitrago, Diana Dioselina León Romero, Ángela María Lince González y Nadia Celestina del Carmen Murillo Pérez (fls. 295-vto 296).

La señora Nadia Celestina del Carmen Murillo Pérez llamada en garantía fue notificada personalmente el 20 de enero de 2017 (fl. 307) no obstante,

no presentó contestación a la demanda ni al llamamiento en garantía. La señora Diana Dioselina León Romero fue notificada personalmente el 23 de febrero de 2017 (fl. 321) y mediante apoderada procedió a contestar la demanda el 09 de marzo de 2017 (fls. 327-332). El señor David Fernando Rátiva Ramos fue notificado personalmente el 07 de marzo de 2017 (fl. 324) y mediante apoderada contestó la demanda el 29 de marzo de 2017 (fls. 334-357), y el llamamiento en garantía (fls. 466-473). El 19 de abril de 2017 La Previsora S.A. procedió a contestar la demanda (fl. 474-477). La señora Ángela María Montañez Pérez fue notificada personalmente el 24 de mayo de 2017 (fl. 507) y junto a la señora Ángela María Lince González mediante apoderado procedieron a contestar la demanda y el llamamiento en garantía el 21 de junio de 2017 (fl. 511-514). El señor Carlos Fernando Rojas Buitrago, fue notificado personalmente el 12 de enero de 2017 (fl. 306) y mediante apoderado procedió a contestar el llamamiento en garantía el 27 de julio de 2017 (fls. 556-559). El día 11 de septiembre de 2017 la parte demandante se pronunció frente a las excepciones propuestas por los llamados en garantía (fls. 578-584).

El 12 de octubre de 2017 se llevó a cabo audiencia inicial (fls. 592-600). La audiencia de pruebas fue practicada los días 12 de diciembre de 2017 (fls. 725-739) y 29 de enero de 2019 (fls. 928-932), en esta última se terminó de recaudar el material probatorio y se corrió traslado a las partes para que alegaran de conclusión.

V. RAZONES DE LA DEFENSA

5.1. DEPARTAMENTO DE BOYACÁ-SECRETARÍA DE SALUD (fls. 139-148).

A través de apoderado judicial contestó la demanda, oponiéndose a la prosperidad de las pretensiones, argumentando que el Departamento de Boyacá no tiene responsabilidad por la muerte del señor Cesar Hernán Rincón Caro (Q.E.P.D.), teniendo en cuenta los hechos contenidos en el libelo de la demanda. Argumentó que se presenta la excepción de falta de legitimación en la causa pasiva desde el punto material para el Departamento, por la presunta falla o falta de prestación de los servicios de salud realizadas por Empresas Sociales del Estado que conforman la Red Pública.

Afirmó que el Estado o la administración deberán responder por los daños antijurídicos que le sean imputables y hayan sido generados por la acción u omisión de las autoridades públicas, igualmente señaló que el C.C.A. regula la acción de la reparación directa, para ser ejercida por la persona interesada.

Finalmente, y luego de citar jurisprudencia del Consejo de Estado y la Corte Suprema de Justicia referente a la conducta que genera el daño, los elementos de la responsabilidad, la procedencia de la reparación directa y la legitimación en la causa como requisito indispensable para dictar sentencia, señaló que el Departamento de Boyacá al no tener participación en los hechos objeto de Litis, no está legitimada para responder por los daños indicados en la demanda.

Propuso como excepciones las siguientes:

-Inexistencia de daño antijurídico: para sustentar esta excepción transcribió ciertas normas referente al fundamento de la responsabilidad administrativa, que no siempre se presenta por una conducta dolosa o culpable sancionable, sino por el quebranto patrimonial que se deba reparar; igualmente, señala los elementos que estructuran la responsabilidad extracontractual.

- Falta de legitimación en la causa por pasiva: argumentó que tanto en el acto de creación como en la normatividad que regula la materia la ESE Hospital Regional de Miraflores, es una entidad descentralizada del orden departamental, que tiene personería jurídica, autonomía administrativa, financiera, y patrimonio propio, razón por la cual, se concluye que tiene la capacidad de ejercer derechos y contraer obligaciones, es decir responder por sus actos; así pues, no pueden endilgársele estas responsabilidades al Departamento de Boyacá, basándose en que tiene el deber de la organización, dirección, coordinación y administración de la red de servicios, al igual que tampoco puede hacerse respecto de la Secretaría de Salud de Boyacá, dado que es una entidad que cumple funciones de dirección dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, puntualizándose que ninguna de estas entidades tienen injerencia alguna en la prestación directa del servicio de salud.

5.2. E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES (157-169).

Argumentó la carencia de sustento factico y jurídico de las pretensiones de la demanda.

Aseveró que se encuentra probado que el 31 de mayo de 2014, el señor Cesar Hernán Rincón Muñoz fue atendido por el médico David Fernando Rátiva Ramos, sin embargo, en la historia clínica no hay anotación alguna del dolor agudo en el lado derecho de la espalda. Igualmente, aclaró que el médico tratante diagnosticó al paciente con un cuadro de parotiditis aguda, más no de parotiditis simple como se indicó en la demanda.

Refirió que dentro de la historia clínica no se evidencia ninguna anotación que indique que el señor Cesar Hernán Rincón Muñoz haya acudido a la ESE Hospital Regional de Miraflores el día 03 de junio de 2014, por lo tanto, sostuvo que lo manifestado por la parte demandante corresponde a afirmaciones subjetivas; sin embargo, adujo que en los anexos de la demanda a folio 52 se encuentra una fórmula médica de la fecha mencionada, suscrita por la médica Nadia Murillo.

Adujo que en lo que respecta al antecedente de pulmón, hasta ese momento los médicos tratantes del señor Rincón Caro no tenían conocimiento alguno de la toracotomía que le practicaron en el año 2006.

Precisó que revisada la historia clínica el día 04 de junio de 2014 quedó registrado el ingreso del paciente a las 9:40 a.m. y no a las 9:00 a.m. como lo afirmó la parte actora, así mismo indicó que en la anotación de la historia clínica se consignó como uno de los motivos de consulta *“un edema progresivo a nivel de ángulo mandibular bilateral”*, más no se hizo referencia al dolor de espalda señalado en la demanda; aunado a lo anterior, señaló que el galeno, previo a ordenar la salida del paciente, verificó su mejoría y le formuló metoclopramida y dipirona, datos que quedaron registrados en la historia clínica.

Propuso como excepciones las siguientes:

-No haber presentado prueba que acredite la calidad con que actúan los demandantes: para sustentar esta excepción, precisó que revisadas las pruebas allegadas con el escrito de demanda se evidencia el registro civil del menor Sebastián Felipe Rincón Cano, con el cual, se acredita que el menor es hijo del señor Cesar Hernán Rincón Caro (Q.E.P.D.) y de la señora Blanca Nelcy Cano Valero. Caso contrario sucede con los demás demandantes, pues no se encontró documento idóneo que acredite la calidad con la que actúan en el presente proceso.

- Ausencia o inexistencia de responsabilidad de la ESE Hospital Regional de Miraflores, como quiera que su responsabilidad de esta no opera de manera automática, es indefectible que exista un daño antijurídico que haya sido originado en el comportamiento de la entidad, y que esa precisa circunstancia sea acreditada en el proceso por el extremo activo de la litis: afirmó que es clara la existencia de un daño traducido en la muerte del señor Cesar Hernán Rincón Caro (Q.E.P.D.), sin embargo, dicho daño antijurídico no puede ser atribuido a la ESE Hospital Regional de Miraflores, dado que la atención brindada al paciente fue integral, adecuada y oportuna, al igual que las decisiones tomadas por el cuerpo médico, por lo tanto, no existe prueba que acredite

la responsabilidad de la demandada, ni mucho menos que acredite una falla del servicio.

- **Falta de legitimación en la causa por activa:** señaló que dentro del expediente no obra prueba que acredite la condición de padres y hermanos del señor Cesar Hernán Rincón Caro (Q.E.P.D.), condiciones señaladas en el escrito de demanda por los señores Cesar Hernán Rincón Muñoz y Nohemí Caro Barahona (padres), al igual que por los señores Wilmar, Ronal Rigo y Luz Nelly Rincón Caro (hermanos). Al contrario, dentro de los documentos allegados con la demanda obra registro civil del menor Sebastián Felipe Rincón Cano donde se prueba que el menor es hijo del señor Cesar Hernán Rincón Caro (Q.E.P.D.) y la señora Nelcy Cano Valero.

- **Los daños aducidos por el demandante carecen de sustento probatorio:** argumentó que los perjuicios materiales reclamados en el escrito de demanda no se encuentran debidamente probados, dado que dentro del plenario no se observa contrato de trabajo suscrito entre el señor Cesar Hernán Rincón Caro (Q.E.P.D.) y la empresa agroindustrial San Felipe de Palma Aceitera S.A., al igual que no se evidencia prueba alguna que certifique la existencia de la mencionada empresa.

5.3. DIANA DIOSELINA LEÓN ROMERO (fls. 327-332).

Argumentó, haber actuado de manera eficiente prestando un servicio médico y profesional siguiendo los criterios médicos acordes al estado físico de salud que presentaba el señor Rincón (Q.E.P.D.).

Sostuvo que la prestación del servicio en calidad de médico de turno de hospitalización no presentó ningún tipo de negligencia pues la consideró oportuna, en razón a que luego de valorar los exámenes tomados en urgencias junto con la historia clínica de ingreso, diagnosticó *“síndrome bronco obstructivo severo secundario a neumonía”* explicando al paciente y a sus padres que para ser remitido como urgencia vital a una institución de mayor complejidad era necesario ser estabilizado, razón por la cual, ordenó la administración de un *“bronco dilatador endovenoso y micronebulizaciones con bronco dilatador y continuar con oxígeno por ventury al 50%”*. Que al realizar la revaloración al paciente, éste no presentó mejoría, así que explicó al paciente y a sus padres la necesidad de realizar una intubación orobranquial ante un posible paro respiratorio, procedimiento que ellos aceptaron de forma verbal; enseguida, la profesional ordenó el traslado del paciente a la sala de reanimación donde el *“anestesiólogo inicia protocolo de intubación rápida, paciente entra en paro respiratorio, se realizan maniobras de reanimación y paciente no recupera signos vitales”*.

Precisó que la demora en la remisión se presentó por el manejo brindado en pro de estabilizar al señor Rincón Caro (Q.E.P.D), dando así cumplimiento a los protocolos de referencia y contra referencia establecidos por el Hospital, el Ministerio de Salud y la Secretaría de Salud de Boyacá, en busca de realizar un traslado sin complicaciones y en favor de la vida del paciente.

Finalmente, señaló como fundamentos médicos el artículo 2341 del Código Civil y el concepto de responsabilidad médica.

Propuso como excepciones las siguientes:

-Inexistencia de culpa probada: que al momento de ingresar a hospitalización, en el área de servicio en la cual se encontraba en turno, el estado hemodinámico del paciente ya se encontraba comprometido.

- Inexistencia del nexo causal: negó la existencia de hechos relevantes que señalen que las actividades médicas realizadas por la profesional hayan causado daño en la salud y/o integridad física del paciente, desatando su muerte.

-Existencia de la etiología del daño: argumentó que la necropsia reveló como daño generador de la muerte del señor Rincón Caro *DX 1. “(...) insuficiencia respiratoria aguda secundaria a neumonía bacteriana, 2. Absceso pulmonar”*, es decir la patología del paciente ocasionó su muerte.

- Inexistencia del hecho generador: afirmó que el hecho generador del daño fue la infección pulmonar severa que padecía el paciente, aunado a la condición física que presentaba en el momento de valoración, por lo cual y pese a los tratamientos ordenados por la médica León, era probable que presentará un paro respiratorio.

-Cobro de lo no debido: manifestó que siguió los protocolos médicos en pro de estabilizar el estado hemodinámico del paciente.

5.4. DAVID FERNANDO RÁTIVA (fls. 333-357).

Argumentó que brindó al paciente una atención adecuada, diligente y prudente, precisando que dicha atención fue suministrada los días 31 de mayo y 04 de junio de 2014.

Ahora bien, el día 31 de mayo 2014, señaló que el paciente en el momento de ser atendido por él, no manifestó dolor agudo en el lado derecho de la espalda, sino que tal y como se evidencia en la historia clínica, el motivo

de consulta fue “*paciente con cuadro clínico de 3 días de evolución consistente en dolor a nivel de mejillas y mandíbula, asociado a edema bilateral a nivel facial, no picos febriles*”; sintomatología por la cual, el profesional emitió un diagnóstico de parotiditis (paperas), e igualmente manifestó que nunca le formuló sobres de acetato de acetílico, dado que este medicamento no se encuentra en farmacias ni droguerías.

En cuanto al actuar el día 04 de junio de 2014, afirmó que contrario a lo señalado por la parte demandante, el señor Rincón Caro (Q.E.P.D.) nunca manifestó sentir dolor intenso en el lado derecho de la espalda durante el examen físico realizado por el profesional, por lo tanto, no se estableció otro tipo de sintomatología a la presentada en la consulta del día 31 de mayo de 2014.

Finalmente, presentó objeción a la estimación de la cuantía por no ser razonada, dado que no se evidencia prueba que la fundamente, y en su concepto es contraria a lo consagrado en el artículo 206 del Código General del Proceso.

Propuso como excepciones las siguientes:

-Valoración injustificada en materia de perjuicios materiales: argumentó que los perjuicios materiales deben ser señalados de manera concreta, ya sea en prestaciones o gastos justificados, razón por la cual se refirió al art. 177 del C.P.C. y a lo expresado por la Corte Suprema de Justicia – Sala de Casación Civil respecto al tema.

- Ausencia de prueba e improcedencia de los perjuicios morales solicitados: aseveró que es deber de la parte actora acreditar la intensidad y el grado de afectación de los daños morales, para sí finalmente atribuirlos frente a quienes pretende su resarcimiento, dado que en lo que respecta a su poderdante, este actuó conforme a los lineamientos de la *lex artis*, por lo tanto, no existe justificación para que le sea exigida indemnización alguna.

-Las obligaciones del médico en el caso concreto son de medio: alegó que tal y como lo ha expuesto la doctrina, la jurisprudencia y la ley, los médicos no pueden ser obligados a lo imposible, pues sus obligaciones son de medio, tal y como sucedió en el presente caso, en el cual, se adquirió una obligación de medio al brindar la atención médica al señor Cesar Hernán Rincón Caro (Q.E.P.D.), obligación que su prohijado en su calidad de médico general cumplió a cabalidad al disponer de sus conocimientos y medios, humanos y científicos para valorar, atender y formular al paciente.

- **Inexistencia de responsabilidad derivada de un evento propio de la ciencia médica:** afirmó que, al presentarse eventos derivados de riesgos inherentes, por estos no se puede inculpar responsabilidad alguna al galeno que ha brindado sus mejores esfuerzos y conocimientos.

- **Ausencia de causalidad adecuada y por ende de nexo causal entre el acto médico desarrollado por el Dr. David Fernando Rátiva Ramos y los daños demandados por el extremo activo:** para sustentar esta excepción la apoderada del accionado refirió que en el presente caso aplica la **Teoría de la causalidad adecuada** según la cual “(...) se asume que de todos los antecedentes y condiciones que confluyen a la producción de un resultado, tiene la categoría de causa aquél que de acuerdo con la experiencia (las reglas de la vida, el sentido común, la lógica de los razonable) sea el más “adecuado”, el más idóneo para producir el resultado , atendidas por lo demás las específicas circunstancias que rodearon la producción del daño y sin que se puedan menospreciar de un tajo aquellas circunstancias azarosas que pudieron decidir la producción del resultado, a pesar de que normalmente no hubieran sido adecuadas para generarlo”. Dado que la parte demandante no señala la razón por la cual su poderdante está llamado a responder por los daños contenidos en el libelo de la demanda, concluyendo que no existe la cadena causal necesaria contenida en la Teoría de la causalidad adecuada.

- **No acreditación del nexo de causalidad:** adujo que tanto del material aportado con la demanda, como de los elementos doctrinarios y jurisprudenciales se concluye la inexistencia del nexo causal que debiera hallarse para vincular la actuación de su prohijado con el daño sufrido por la parte actora.

- **Cumplimiento cabal de la *lex artis ad hoc* por parte del Dr. David Fernando Rátiva Ramos:** la apoderada en primer lugar, explicó que en la medicina la *lex artis ad hoc* la conforman “(...) los medios terapéuticos aceptados por la ciencia y literatura médicas, las facultades de medicina, las sociedades científicas, los usos médicos reconocidos, la evidencia y en general todo aquello que la medicina señala como indicado para lo que un paciente quiera en un caso concreto”, aunado a ello, destacó que este estado del arte es cambiante y por tanto los profesionales deben estar en constante estudio y aplicar lo pertinente dependiendo el instante de tiempo en que brinde sus servicios médicos; en segundo lugar, y después de realizar un resumen de la historia clínica de los días 31 de mayo y 04 de junio de 2014, sostuvo que el médico Rátiva, al realizar la valoración al paciente y no encontrar hallazgos de alguna patología adicional, le brindó el manejo correspondiente al diagnóstico de una parotiditis.

-Acto médico carente de culpa: luego de referenciar lo indicado por la doctrina y la jurisprudencia de la Suprema Corte de Justicia respecto a la responsabilidad médica, argumentó que la prestación de los servicios médicos realizada por el médico David Rátiva, fue realizada con pericia, prudencia y diligencia, evidenciándose que no hay culpa en su actuación.

- Causa extraña al acto médico realizado por el doctor David Fernando Rátiva Ramos: afirmó que la Corte Suprema de Justicia ha señalado una serie de causas extrañas, suficientes para eximir de responsabilidad médica a los galenos como lo son: alea terapéutica, reacciones orgánicas impredecibles, riesgo inherente e iatrogenia inculpable. Concluyó afirmando que la conducta desplegada por el médico general Rátiva estuvo acorde a los cánones determinados por la medicina y a los protocolos establecidos.

-Vocación no indemnizable de los perjuicios demandados: manifestó que no se puede endilgar a la actuación del doctor Rátiva la responsabilidad administrativa objeto de Litis, por lo tanto, lo pretendido por la parte demandante no es susceptible de indemnización.

5.5. COMPAÑÍA DE SEGUROS LA PREVISORA S.A. (fl. 474).

Contestó la demanda, argumentando que los hechos le son ajenos y por tanto se atiene a lo probado en el proceso.

Propuso la excepción de **Inexistencia de falla del servicio por parte del Hospital Regional de Miraflores:** señaló que el tratamiento brindado al paciente por parte de la entidad demandada fue realizado acorde con los protocolos establecidos para el motivo de consulta expresado por el señor Rincón Caro (Q.E.P.D.), es decir, la afectación en su mandíbula, puesto que como consta en la historia clínica el paciente en ningún momento manifestó dolor en la espalda o afectación en los pulmones. Razón por la cual, la entidad no puede ser responsable de las condiciones de salud presentadas previamente por el paciente, como lo predica la parte actora al endilgar una falla del servicio.

5.6. ÁNGELA MARÍA MONTAÑEZ PÉREZ Y ÁNGELA MARÍA LINCE GONZÁLEZ (fls. 511-514).

Mediante apoderado judicial contestaron la demanda, oponiéndose a la prosperidad de las pretensiones, argumentando que el procedimiento realizado por el personal médico fue el adecuado, en vista de que el paciente no presentaba síntomas respiratorios graves, razón por la cual debía ser tratado por medicina externa y no por urgencias.

Respecto a la atención brindada el día 05 de junio de 2014, expresó que sus poderdantes tuvieron contacto con el paciente a las 6:00 p.m., y en razón al diagnóstico de neumonía le fueron practicadas terapias, le suministraron medicamentos, lo que a su juicio denota que el tratamiento fue diligente, tanto así que la médica Ángela María Montañez Pérez, fue la profesional encargada de solicitar la remisión del paciente a la ciudad de Tunja.

Propusieron la excepción de **Inexistencia de culpa por parte de las llamadas en garantía doctoras Ángela María Montañez Pérez y Ángela María Lince González**: para lo cual, trajeron a colación jurisprudencia emitida por el Consejo de Estado, en la cual, se ha establecido que la responsabilidad del Estado respecto a la prestación del servicio de salud es de naturaleza subjetiva, y que está a cargo de la parte demandante demostrar la falla del servicio, el daño antijurídico y el nexo de causalidad.

Afirmó que en el presente caso sus poderdantes actuaron conforme a los procedimientos médicos establecidos para estas situaciones, precisamente la médica Ángela Montañez, recibió al paciente con diagnóstico de neumonía, razón por la cual, realizó las terapias y medicación necesaria para luego solicitar la remisión a la ciudad de Tunja. Finalmente, indicó que tal como lo señala la historia clínica, sus prohijadas realizaron los procedimientos establecidos para el tratamiento de neumonía adquirida en comunidad, tal como se puede verificar en la página 24 de la Guía Práctica de la Asociación Colombiana de Infectología, demostrando la diligencia y atención en su actuación profesional.

5.7. CARLOS FERNANDO ROJAS BUITRAGO (fls. 556-559):

Mediante apoderado judicial contestó la demanda, oponiéndose a la prosperidad de las pretensiones, argumentando que el actuar de su prohijado fue diligente, adecuado y ético, tal y como consta en los registros de la historia clínica del paciente. Informó que el médico Carlos Rojas para las fechas en que fue atendido el señor Rincón Caro (Q.E.P.D.), únicamente laboró en el hospital entre las 19:00 horas del 04 de junio y las 7:00 horas del 05 de junio de 2014.

Aseveró que su poderdante al recibir al paciente por reingreso y realizarle el examen físico encontró *“(...) taquicardico, normotenso, desaturado, signos congestivos por lo cual considero cursaba con: síndrome febril, síndrome de dificultad respiratoria, parotiditis, e indico paciente por cuadro clínico y reconsulta debe permanecer en la institución, observación, vigilancia clínica, hidratación con líquidos endovenosos para realizar corrección secundaria a deshidratación por síndrome febril persistente, antipirético endovenoso, oxígeno por cánula nasal para una saturación*

mayor del 90%, protección gástrica, antiemético, control clínico, vigilancia de signos vitales, avisar cambios según estado del paciente.“, con lo que se evidencia la atención oportuna y adecuada por parte del médico Rojas Buitrago.

En lo que respecta al llamamiento en garantía, se opuso a todas las pretensiones e informó que su prohijado prestó su servicio social obligatorio en la E.S.E. Hospital Regional de Miraflores, y referente a la actuación de su poderdante en el caso concreto, expresó que fue oportuna y adecuada, tal y consta en la historia clínica del paciente, pues laboró en el hospital de las 19 horas del día 04 de junio hasta las 07 horas del 05 de junio de 2014.

Propuso como excepciones las siguientes:

- **Falta de legitimidad por pasiva:** expuso que el Dr. Rojas Buitrago brindó al paciente una atención oportuna y profesional, aunado a que su proceder no estuvo relacionado con la situación de salud.

- **Inexistencia de falla por parte del llamamiento a garantía del Doctor Carlos Fernando Rojas Buitrago:** señaló que el señor Cesar Hernán Rincón Caro (Q.E.P.D.) fue atendido por su poderdante de forma adecuada siguiendo las normas éticas, en concordancia con el estado clínico del paciente y conforme a los insumos, medicamentos y equipo biomédico existentes en la institución para el momento en que ocurrieron los hechos.

- **Inexistencia de nexos causal:** afirmó que no se evidencia dentro del proceso prueba alguna que demuestre que el proceder de su prohijado haya ocasionado daño en la salud al paciente.

- **Cobro de lo no debido:** argumentó que no es procedente la exigencia de reparación realizada a su poderdante, dado que el proceder del profesional de la salud fue acorde con los protocolos establecidos.

- **Innominada:** solicitó que se declaré la excepción que resulte probada en el transcurso del proceso.

VI. Respuestas al llamamiento en garantía

6.1. DAVID FERNANDO RÁTIVA RAMOS (fls. 466-473): mediante apoderada se opuso a las pretensiones del llamamiento en garantía, argumentando que si bien es cierto que el médico David Rátiva tenía una vinculación laboral con la E.S.E. Hospital Regional de Miraflores para los días 31 de mayo y 04 de junio de 2014, fechas en que el mencionado profesional brindó atención médica al paciente Cesar Hernán Rincón Caro (Q.E.P.D.), contrario a lo manifestado por la entidad llamante en garantía, el profesional de la salud prestó un servicio ajustado a los signos

presentados y al motivo de consulta expresado por el paciente, demostrando así que actuó de manera adecuada, oportuna y acorde a la *lex artis*.

Propuso como excepciones las siguientes:

- **Ausencia de responsabilidad solidaria entre la E.S.E. Hospital de Miraflores y el Doctor David Fernando Rátiva:** afirmó que las entidades autorizadas para prestar servicios de salud son las EPS e IPS, y entre sus obligaciones tienen las de manejar los recursos económicos, administrativos, y perfeccionar los trámites administrativos para atender a los pacientes, a diferencia del personal médico – científico que labora en dichas entidades, quienes son responsables por su ejercicio individual.

- **Ausencia de vocación indemnizatoria de conformidad con las obligaciones propias de las IPS y diferentes a la de los facultativos profesionales de la salud:** señaló que teniendo en cuenta la excepción anterior, su mandante cumplió cabalmente con sus obligaciones tal y como consta con las pruebas aportadas con el escrito de demanda, razón por la cual, no es responsable del incumplimiento de las obligaciones administrativas, de gestión o control que se encuentran en cabeza de la entidad llamante en garantía.

- **Inexistencia de requisitos legales para vincular en llamamiento en garantía a su representado:** el apoderado luego de hacer referencia al artículo 90 de la Constitución Política y a los artículos 2°, 5° y 6° de la Ley 678 de 2001, expresó que dentro del expediente no se evidencia prueba alguna de que el actuar de su prohijado pueda ser calificado como una conducta dolosa o gravemente culposa.

- **Ausencia de responsabilidad del Doctor David Fernando Rátiva por cabal cumplimiento de la Lex Artis Ad Hoc:** señaló que en las anotaciones realizadas por el médico David Rátiva dentro de la historia clínica del paciente, se evidencia que no presentaba síntomas de afecciones respiratorias, razón por la cual, el diagnóstico fue interpretado como parotiditis, dejando sin fundamento las afirmaciones de la parte actora.

6.2. COMPAÑÍA DE SEGUROS LA PREVISORA S.A. (fls. 475-477): manifestó que coadyuva las excepciones invocadas por la entidad demandada en el escrito de contestación.

Ahora bien, afirmó que la ESE Hospital Regional de Miraflores suscribió con La Previsora S.A. Compañía de Seguros las pólizas No. 1003929 “seguro responsabilidad civil” y No. 1001174 “previ-hospital póliza

multiriesgo”, señalando que la primera póliza se encuentra condicionada a que dentro del presente proceso se demuestre que la entidad llamante en garantía incurrió en falla del servicio – responsabilidad extracontractual médica, respecto a la segunda póliza manifestó que no cubrían la responsabilidad civil profesional médica derivada de la prestación del servicio de salud.

Propuso como excepciones las siguientes:

- **Inexistencia de obligación por parte de la Previsora S.A. por la póliza No. 1001174 denominada seguro “previ-hospital póliza multiriesgo” por riesgo no amparado:** explicó que la referida póliza es de cobertura global de manejo y delitos contra la administración pública, así pues, los amparos de dicho contrato son taxativos y sólo se amparan las situaciones descritas en la póliza. Las cuales, una vez revisadas se evidencia que los hechos objeto de litigio no se encuentran bajo cobertura – falla del servicio médico -, razón por la cual, la Compañía de Seguros La Previsora S.A. no se encuentra legal ni contractualmente obligada a responder por la póliza referida por el llamante en garantía.

- **Sujeción a las condiciones contractuales vigentes al momento de los hechos, contenidos en la póliza 1003929 “seguros responsabilidad civil” y sus renovaciones:** afirmó que en el momento de emitir sentencia se deben tener en cuenta el límite del valor asegurado, amparos, exclusiones y deducibles pactados entre las partes y contenidos en los contratos de seguro de cumplimiento de las citadas pólizas.

- **Imposibilidad de hacer efectivo el seguro ante la ausencia de responsabilidad de la entidad demandada E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja:** explicó que la póliza No. 1003929 es de responsabilidad civil extracontractual, de manera que únicamente opera cuando se presenta una responsabilidad clara y contundente del tomador o asegurado. Por consiguiente, sostuvo que revisadas tanto la demanda como la contestación de las entidades demandadas, en el presente caso se estaría frente a la inexistencia de falla del servicio.

Ahora bien, y en virtud de evitar posibles confusiones se hace necesario aclarar que aunque el apoderado de la entidad hace mención a la ESE Hospital San Rafael, la entidad aquí demandada y que solicitó el llamamiento en garantía es la ESE Hospital Regional de Miraflores, deduciendo así que esto se debió a un error de transcripción del apoderado.

- **Deducible y sublímite pactados 1003929 “seguros responsabilidad civil”:** afirmó que en el caso de presentarse una condena

deberá tenerse en cuenta que en el presente caso se pactó un deducible equivalente al 10% del valor del siniestro y un sub-límite, al igual que debe preverse que la entidad asegurada haya sido declarada responsable en otros procesos y por tanto el tope máximo de la póliza pudo ser afectado.

VII. DECISIONES RELEVANTES EN LA AUDIENCIA INICIAL

7.1. EXCEPCIONES PREVIAS (ART. 180-6 CPACA)

En audiencia inicial celebrada el día 12 de octubre de 2017, se resolvieron las excepciones previas presentadas por las entidades demandadas y por los llamados en garantía, como quedó expuesto a folios 593-595 vto, y 600.

Respecto de la excepción previa de *“Falta de legitimación en la causa por pasiva”*, presentadas por: **i)** El Departamento de Boyacá, **ii)** Dr. Carlos Fernando Rojas Buitrago y **iii)** Diana Diocelina León Romero.

En audiencia inicial, se concluyó para todos los casos que dicha excepción se refería a la falta de legitimación material, es decir, que no se les podía endilgársele responsabilidad alguna en los hechos fundamento de las pretensiones, por lo ende no era viable la prosperidad de la excepción en la audiencia inicial, si no que esta debía resolverse en la sentencia.

Frente a la excepción propuesta por el Hospital Regional de Miraflores relativa a *“No haberse presentado prueba que acredite la calidad con que actúan los demandantes y Falta de legitimación en la causa por activa”*, se determinó que debían ser analizados en la sentencia.

7.2. FIJACIÓN DEL LITIGIO (ART. 180-7 CPACA)

En la audiencia inicial se fijó el litigio respecto los hechos relevantes y el problema jurídico, así:

7.2.1. Hechos relevantes

Frente a los hechos se señaló:

“(…) Revisada la demanda y subsanación (fls.1-3, 119 y 120) y la contestación por parte del DEPARTAMENTO DE BOYACÁ y OTROS (fls.139-141, 157-162, 297-299, 327-330, 334-339, 467 y 438, 474-476, 511 y 512), se evidencia ausencia de consenso en los hechos. (...)”

7.2.2. Problema jurídico

De conformidad con lo expuesto por las partes, el Despacho procedió a fijar el litigio en los siguientes términos:

“(…) establecer si las demandadas DEPARTAMENTO DE BOYACÁ y la ESE HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES, son administrativa, extracontractualmente y patrimonialmente responsables de los presuntos perjuicios ocasionados a los demandantes con ocasión de la muerte del señor CESAR HERNÁN RINCÓN CARO, ocurrida el día 5 de junio de 2014 en el HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES;

Igualmente, en caso de prosperar las pretensiones del presente medio de control habrá de determinarse si los llamados en garantía, les asiste la obligación de reembolsar suma de dinero alguna a las entidades públicas demandadas (la ESE HOSPITAL DE MIRAFLORES), por el pago de perjuicios cancelados a la parte demandante, precisando que el litigio versara sobre todos los hechos y las pretensiones quedarán conforme se enunciaron en la demanda y la subsanación. (…)”

Contra dicha decisión no se presentaron recursos (fl. 596).

VIII. AUDIENCIA DE PRUEBAS Y ALEGACIONES FINALES

8.1.-Audiencia de pruebas.

En audiencia de pruebas celebrada el 12 de diciembre de 2017 (fls. 725-739) y el 29 de enero de 2019 (fls. 928-932), recaudado el material probatorio decretado en la audiencia inicial, se corrió traslado a las partes por el término de diez (10) días para que presentaran sus alegatos de conclusión.

8.2.-Alegatos de conclusión.

8.2.1.- Departamento de Boyacá (fls. 940-942). Insistió en los argumentos planteados en las excepciones propuestas en la contestación de la demanda, argumentando que no es la llamada a responder por los daños y perjuicios en los que se ven afectados los familiares del señor Cesar Hernán Rincón Caro (Q.E.P.D.), pues la atención que el paciente recibió fue brindada por la E.S.E. Hospital Regional de Miraflores, entidad pública prestadora de servicios de salud, descentralizada del orden departamental, que goza de personería jurídica, autonomía administrativa, patrimonio propio y se encuentra representada legalmente por su gerente; por consiguiente, afirmó que no existe ningún tipo de dependencia o subordinación de parte de la ESE con el Departamento de Boyacá, en razón a la que se le puede imputar responsabilidad alguna al ente territorial.

Para sustentar los argumentos refirió el contenido de la Ley 10 de 1990, Ley 344 de 1996 y Ley 715 de 2001, artículo 94 de la Ley 100 de 1993 y el Decreto No. 1876 del 03 de agosto de 1994.

Expresó que las pretensiones de la parte demandante carecen de fundamentos de hecho y de derecho por cuando a la accionada “(...) *no se le puede adjudicar a esta entidad la falla en la prestación de un servicio que no prestó y que no estaba obligada a prestar; en consecuencia, debe predicarse la falta de legitimidad en la causa por pasiva de esta entidad. (...)*”.

Finalmente, solicitó negar las pretensiones de la parte actora respecto del Departamento de Boyacá, y se condene en costas.

8.2.2.- Llamados en garantía. Diana Dioselina León Romero y Nadia Clementina del Carmen Murillo Pérez (fls.944 y vto). Afirmó que el actuar de los médicos se rigió por los protocolos establecidos, al realizar las maniobras y procedimientos correspondientes a la enfermedad diagnosticada. Para sustentar su afirmación hizo mención a los peritajes realizados a la historia clínica, señalando que en el último de ellos se sostuvo que no fue posible establecer la causa de la muerte del paciente dada la complejidad del diagnóstico y la forma inesperada de la reacción.

Por último, señaló que el perito de la Universidad Nacional “(...) *dejo claro la diligencia, el cuidado y el buen actuar de los médicos sobre la situación física del paciente*”.

8.2.3.- Compañía de Seguros La Previsora S.A. (fls.945-947). Reiteró los argumentos expuestos en la contestación al llamamiento en garantía, especialmente en las excepciones, ratificando que respecto a la póliza No. 1001174 se materializa la excepción riesgo no amparado, en virtud de los amparos de la mencionada póliza, dado que estos no tienen relación alguna con el objeto de litigio; de igual manera, frente a la póliza No. 1003929 señaló que en caso de llegarse a declarar responsable a la ESE Hospital Regional de Miraflores sólo podrá ser afectada la póliza de la vigencia en que se realizó el llamamiento en garantía, en razón a que la modalidad del seguro es CLAMS MADE, teniendo en cuenta el monto del valor asegurado y el deducible pactado del 10%, además que esta póliza únicamente cubre daños materiales y/o corporales.

Ahora bien, respecto a las pruebas obrantes dentro del expediente afirmó que del dictamen pericial se puede concluir que la muerte del señor Cesar Rincón (Q.E.P.D.) se debió a la infiltración pulmonar dada por virus obtenido en comunidad y no porque haya existido negligencia de parte del personal médico.

8.2.4.- E.S.E. Hospital Regional de Miraflores (fls.948-953). Insistió en los argumentos y las excepciones propuestas con la contestación de la

demanda, apoyando sus argumentos en los peritajes de los médicos Daniel Eduardo Barbosa Páez y Jaime Arturo Hernández Ruíz, de los cuales concluyó que no se presentó falla en la prestación del servicio brindada por la ESE Hospital Regional de Miraflores, puesto que se cumplieron los protocolos y guías médicas establecidas, sumado a esto el personal médico buscó estabilizar al paciente antes de remitirlo a un centro hospitalario de tercer nivel, dado que es una distancia importante la que separa al municipio de Miraflores de la ciudad de Tunja.

Después de hacer un análisis probatorio practicado en el proceso, señaló que la parte actora no acreditó los tres elementos inexcusables de la responsabilidad médica es decir el daño, la falla en el acto médico y el nexo causal, razón por la cual al no existir prueba siquiera sumaria de la responsabilidad alegada por los demandantes solicitó sean negadas las pretensiones.

8.2.5.- Parte demandante (fls.954-957). Argumentó que teniendo en cuenta el peritaje presentado por el Dr. Jaime Arturo Hernández Ruíz, es evidente la falla del servicio en que incurrió la ESE Hospital Regional de Miraflores al no realizar una correcta valoración del estado de salud del paciente, aunado a la demora en tomar la decisión de remitirlo a una institución de nivel superior, pese a presentar deterioro respiratorio y de signos vitales con el tratamiento administrado.

Por otra parte, solicitó tener en cuenta los testimonios practicados dentro del proceso, los cuales coinciden al indicar que el señor Cesar Hernán Rincón Caro (Q.E.P.D.) se desempeñaba como conductor, que de dicha labor obtenía ingresos superiores a \$2.200.000, dineros con los cuales, colaboraba con el sostenimiento de su hijo, padres y hermanos, colaboración de la cual hoy carecen y que se traduce en un daño moral, al igual que el daño a la vida relación ocasionado a los demandantes por la muerte del señor Rincón Caro (Q.E.P.D.).

8.2.6.- Carlos Fernando Rojas Buitrago (fls.958-960). Recordó que el médico Carlos Rojas se encontraba de turno en la ESE Hospital Regional de Miraflores, desde las 7:00 p.m. del día 4 de junio hasta las 7:00 a.m. del día 5 de junio de 2014, es decir atendió al paciente el 5 de junio de 2014 desde las 3:00 a.m. hasta las 7:00 a.m.

En razón a lo anterior, solicitó se tenga en cuenta el dictamen rendido por el médico Daniel Eduardo Barbosa Páez, su interrogatorio y el dictamen pericial rendido por el Dr. Jaime Arturo Hernández Ruíz, los cuales, evidencian que la atención fue conforme a los protocolos establecidos y de acuerdo a la sintomatología que presentó el señor Rincón Caro (Q.E.P.D.).

8.2.7.- David Fernando Rátiva Ramos (fls.961-993). Su apoderada presentó un resumen de los aspectos más relevantes de los peritajes realizados a la historia clínica del señor Cesar Rincón (Q.E.P.D.) y demás pruebas obrantes dentro del expediente, en razón a las cuales fundamenta la adecuada y oportuna prestación de servicios médicos brindada por su prohijado al paciente; de igual manera, insistió en solicitar la prosperidad de las excepciones propuestas y denegar las pretensiones de la demanda.

8.2.8.- Ángela María Lince González y Ángela María Montañez Pérez (fls.994-995). Reafirmó que sus poderdantes atendieron de manera oportuna y diligente al paciente, tal y como lo manifestó el Dr. Jaime Arturo Hernández Ruíz, al indicar que con las anotaciones de la historia clínica se demuestra que el tratamiento brindado al paciente fue el correcto, aunado a que con el traslado del Hospital de Miraflores a Tunja no se garantizaba la sobrevivencia del señor Cesar Rincón (Q.E.P.D.), dada la distancia que separa al mencionado municipio de la capital boyacense; razones por las cuales el apoderado señaló que no hubo ningún rasgo de culpa en la atención médica brindada por las doctoras Lince González y Montañez Pérez.

IX. CONSIDERACIONES

Cumplido el trámite de ley, sin que se observe causal de nulidad procesal que invalide lo actuado, se procede a tomar la decisión de fondo que en derecho corresponda.

9.1. LA COMPETENCIA

Respecto del factor territorial, el despacho es competente para conocer de la controversia puesto que el numeral 6 del artículo 156 del C.P.A.C.A establece que la competencia por razón del territorio en los procesos de reparación directa se determina por el lugar donde se produjeron los hechos, las omisiones, o las operaciones administrativas o por el domicilio o sede principal de la entidad demandada, a elección del demandante. En este sentido, la entidad demandada es la ESE Hospital Regional de Miraflores, su sede y el lugar de los hechos fue el municipio de Miraflores, siendo así, este juzgado competente para asumir y tramitar la presente causa.

De conformidad con lo dispuesto en el numeral 6º del artículo 155 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, los Jueces Administrativos son competentes en primera instancia para conocer de las demandas de reparación directa cuya cuantía no exceda los quinientos (500) salarios mínimos legales mensuales vigentes, como ocurre en el sub iudice, situación que fue determinada en

auto del 3 de agosto de 2015, proferido por el Tribunal Administrativo de Boyacá¹, en el cual, se consideró que este Despacho era el competente para conocer el trámite del presente proceso.

9.2 DE LAS EXCEPCIONES PROPUESTAS.

9.2.1. Departamento de Boyacá, “*Falta de legitimación en la causa por pasiva*”.

Argumentó el apoderado que los demandantes vinculan al Departamento de Boyacá y al Secretaría de Salud Departamental, sin describir dentro de la demanda el nexo que pueda tener esta entidad en la ocurrencia de los hechos y precisó que si bien las empresas sociales del Estado pueden ser creadas por el Departamento como entidad territorial, esto no significa que exista dependencia o subordinación de la cual pueda imputarse responsabilidad por sus actuaciones al ente territorial, más cuando la naturaleza jurídica del Hospital Regional de Miraflores es un entidad Descentralizada del orden Departamental.

Para resolver la presente excepción, el Despacho considera oportuno mencionar que por disposición del artículo 194 de la Ley 100 de 1993, las Empresas Sociales del Estado fueron concebidas por el Legislador para la “*prestación de servicios de salud en forma directa por la nación o por las entidades territoriales*”. Esto en principio indicaría que la excepción planteada no estaría llamada a prosperar pues a la luz de la Constitución y la ley, es deber del Departamento de Boyacá garantizar la prestación del servicio público de salud. No obstante, la misma disposición en comento define a las empresas sociales del Estado como “*una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa*”, lo que quiere decir que constituye un ente moral de derecho público distinto al ente territorial que las haya creado o autorizado, cuentan con patrimonio propio y autonomía en el área técnica y financiera, que las hace plenamente capaces de concurrir en juicio y responder por sus acciones de manera directa, personal y económica.

Al revisar la certificación suscrita por el profesional especializado de la Secretaría de Salud de Boyacá, se hace constar²:

“Que mediante Ordenanza No. 027 de 1999, emanada de la Asamblea Departamental de Boyacá, se transformó el Hospital Nuevo de Miraflores, en Empresa Social del Estado denominándose “ESE HOSPITAL REGIONAL DE MIRAFLORES”, ubicado en la calle 2 No. 10-14 del municipio de Miraflores.”

¹ Ver folios 110 al 112.

² Ver folio 121

Que la mencionada Empresa, es una entidad descentralizada del orden departamental que goza de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa que forma parte de la Red Pública, sobre la cual la Secretaría de Salud de Boyacá, cumple funciones de inspección, vigilancia y control.”

Es claro que las empresas sociales del Estado son entes que no pueden confundirse con la Nación o el ente territorial del cual viene su origen, aun cuando están sujetos al control político y a la suprema dirección del órgano de dirección al cual están adscritos. En tales condiciones y como quiera que en la teoría del caso no se acreditó que el Departamento de Boyacá haya incurrido en una omisión reprochable a la luz del artículo 90 de la Constitución se declarará probada la excepción de falta de legitimación en la causa por pasiva respecto de este.

9.2.2. Hospital Regional de Miraflores, “No haberse presentado prueba que acredite la calidad con que actúan los demandantes y Falta de legitimación en la causa por activa”.

Argumentó la apoderada del Hospital que no fueron allegados los documentos que acrediten la condición de padres y hermanos del señor Cesar Hernán Rincón Caro (Q.E.P.D), con Cesar Hernán Rincón Muñoz y Nohemí Caro Barahona en calidad de padres y Wilmar, Ronal Rigo y Luz Nelly Rincón Caro en calidad de hermanos.

Del material probatorio allegado y recaudado en el proceso se puede establecer que la excepción planteada por la entidad no tiene vocación de prosperidad, ya que se encuentra en el expediente el registro civil de nacimiento del señor Cesar Hernán Rincón Caro (Q.E.P.D), donde se puede establecer que sus padres son Cesar Hernán Rincón Muñoz y Nohemí Caro Barahona³; así mismo se encuentran los registros civiles de nacimiento de Wilmar Rincón Caro⁴, Ronal Rigo Rincón Caro⁵ y Luz Nelly Rincón Caro⁶, documentos que acreditan su calidad de hermanos del causante, y por ende se acredita la legitimación en la causa por activa.

9.2.3. Carlos Fernando Rojas Buitrago y Diana Dioselina León Romero “Falta de legitimación en la causa por pasiva”.

Plantea el apoderado del Dr. Carlos Fernando Rojas Buitrago, que su defendido atendió de manera profesional y oportuna al paciente y su proceder médico no tuvo relación con la situación de salud como aparece probado en el expediente.

³ Ver folio 719-720.

⁴ Ver folio 97.

⁵ Ver folio 98.

⁶ Ver folio 99.

Por su parte la apoderada de la Médico Diana Dioselina León Romero, señaló: *“en el entendido que en los sujetos procesales mi poderdante no fue requerida”*.

Por lo anterior se debe recordar que mediante auto del 24 de noviembre de 2016 (fl.295) se admitió el llamamiento en garantía presentado por la apoderada del Hospital Regional de Miraflores entre otros de los galenos Carlos Fernando Rojas Buitrago y Diana Dioselina León Romero, por lo que se ordenó la notificación personal, teniendo la capacidad procesal para comparecer al proceso, acreditándose la legitimación en la causa por pasiva, más si tenemos en cuenta que ellos intervinieron en la atención médica brindada al señor Cesar Hernán Rincón Caro (Q.E.P.D), en el Hospital Regional de Miraflores.

En este entendido no se demostró la procedencia de la excepción previa planteada.

Respecto de las demás excepciones presentadas por la entidad demandada y los llamados en garantía, deberán ser resueltos al momento de analizar el material probatorio allegado y verificar si se cumple con los presupuestos de la responsabilidad del Estado.

9.3.- DE LA FALLA PROBADA EN EL SERVICIO COMO TÍTULO DE IMPUTACIÓN EN LOS CASOS DE RESPONSABILIDAD DEL ESTADO EN EL ÁMBITO DEL SERVICIO MÉDICO - ASISTENCIAL

Para definir el régimen de responsabilidad aplicable al presente asunto, se advierte que la parte demandante pretende se declare la responsabilidad administrativa por la falla del servicio que ocasionó el fallecimiento del señor Cesar Hernán Rincón Caro, luego de ser atendido en la E.S.E Hospital Regional de Miraflores, quien ingresó por urgencias con cuadro de parotiditis de 7 días de evolución.

Desde la perspectiva de la responsabilidad patrimonial de la administración por la prestación de servicios de salud, vale la pena destacar que la salud ha sido definida como un servicio público esencial⁷, cuyo cumplimiento en cabeza de entidades públicas o estatales se adelanta mediante el ejercicio de la función administrativa, y atiende a la satisfacción del interés general, en la medida que sirve de presupuesto para el ejercicio pleno de otros derechos, especialmente, aquellos definidos como fundamentales, dada la condición de conexidad que se genera entre el primero y estos últimos.

⁷ Al respecto consultar la sentencia de la Corte Constitucional C-559 de 1992, M.P.: Simón Rodríguez Rodríguez y la providencia del Consejo de Estado – Sección Tercera de 20 de febrero de 1996, exp. 11.312, C.P.: Daniel Suárez Hernández.

Adicionalmente, el servicio público sanitario y hospitalario no solo está circunscrito únicamente a la prestación o suministro de los denominados “acto médico y/o paramédico”, es decir, la atención dirigida o encaminada a superar o aliviar una enfermedad a partir de la valoración de los síntomas y signos evidenciados con el objetivo de restablecer la salud del paciente⁸, sino que comprende otra serie de obligaciones principales como la de seguridad, cuidado, vigilancia, protección y custodia de los usuarios, sumado a la planeación y coordinación en la prestación de los mismos para que sea oportuna, eficiente y de calidad⁹. En ese orden de ideas, la responsabilidad patrimonial de la administración sanitaria y hospitalaria encuentra su fundamento en el principio de la buena fe (art. 83 de la Constitución Política y 1603 del Código Civil), el principio del interés general que lleva implícito la prestación del servicio referido (arts. 1º y 49 C.P.), así como en los derechos de los consumidores y usuarios (Decreto 3466 de 1982)¹⁰.

La falla en el servicio como título de imputación se presenta cuando la responsabilidad estatal se predica del incumplimiento de deberes en cabeza del Estado o de la acción u omisión de una de sus entidades y que como consecuencia de ello se genera un daño al administrado que no se encuentra en el deber de soportarlo. Entonces, se entiende que existe una falla en el servicio cuando la administración no desarrolle las obligaciones que estaban a su cargo; es decir, no preste a una persona o comunidad el servicio; cuando no realice a tiempo el cumplimiento de las obligaciones a su cargo, cuando al desarrollar su obligaciones lo haga indebidamente, cuando desborde las funciones que le fueron dadas legal y constitucionalmente, entre otras.

La responsabilidad por falla médica ha tenido un avance progresivo a lo largo de los años, en razón de la complejidad de los temas médicos y las dificultades en el ámbito probatorio. Según el Consejo de Estado¹¹, la jurisprudencia en sus comienzos estuvo orientada a que el estudio de la responsabilidad estatal se efectuara bajo un régimen subjetivo de falla probada del servicio en donde se exigía al demandante aportar la prueba de la falla para la prosperidad de sus pretensiones, pues, al comportar la actividad médica una obligación de medio, de la sola existencia del daño

⁸ La salud ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como “el estado completo de bienestar físico, psíquico, y social, no circunscrito a la ausencia de afecciones y enfermedades.” www.who.int/en/

⁹ Corte Constitucional. Sentencia T T-121 de 2015. M.P. LUIS GUILLERMO GUERRERO PÉREZ.

¹⁰ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 9 de mayo de 2012 Radicación número: 05001-23-24-000-1994-02530-01(22304). (C.P: ENRIQUE GIL BOTERO).

¹¹ CONSEJO DE ESTADO. SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO. SECCIÓN TERCERA. SUBSECCIÓN B. Consejero ponente: RAMIRO DE JESÚS PAZOS GUERRERO. Sentencia del trece (13) de noviembre de dos mil catorce (2014). Radicación número: 05001-23-31-000-1999-03218-01(31182)

no había lugar a presumir la falla del servicio¹². A partir del segundo semestre de 1992, se acogió un criterio ya esbozado en 1990¹³, según el cual, los casos de responsabilidad por la prestación del servicio médico se juzgarían de manera general bajo un régimen subjetivo pero con presunción de falla en el servicio, postura que se fundamentó en la capacidad en que se encuentran los profesionales de la medicina, dado su “*conocimiento técnico y real por cuanto ejecutaron la respectiva conducta*”, de satisfacer las inquietudes y cuestionamientos que puedan formularse contra sus procedimientos¹⁴.

Posteriormente, en una sentencia del año 2000, se cuestionó la aplicación generalizada de la presunción de la falla en el servicio y se postuló la teoría de la carga dinámica de la prueba, según la cual, el juez debe establecer en cada caso concreto cuál de las partes está en mejores condiciones de probar la falla o su ausencia, asignándole un valor significativo a la prueba indiciaria en los casos en los cuales “*resulte muy difícil –si no imposible- la prueba directa de los hechos que permiten estructurar ese elemento de la obligación de indemnizar*”.

Siguiendo el análisis hecho por la alta Corporación, en el año 2006 se abandonó definitivamente la presunción de falla en el servicio para volver al régimen general de falla probada¹⁵. Actualmente se considera que en materia de responsabilidad médica deben estar acreditados en el expediente todos los elementos que la configuran, esto es, el daño, la actividad médica y el nexo causal entre esta y aquel¹⁶, sin perjuicio de que para la demostración de este último elemento las partes puedan valerse de todos los medios de prueba legalmente aceptados, incluso de la prueba indiciaria.

Para el caso en particular de la responsabilidad derivada del ejercicio médico, como se señaló en precedencia el Consejo de Estado ha determinado que el régimen aplicable en la actualidad es justamente el de la falla probada en el servicio, que exige además de probar la existencia del daño, el nexo causal

¹² Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 13 de septiembre de 1991, rad. 6253, M.P. Carlos Betancur Jaramillo; sentencia de 14 de febrero de 1992, rad. 6477, M.P. Carlos Betancur Jaramillo; sentencia de 26 de marzo de 1992, rad. 6255, M.P. Julio César Uribe Acosta; sentencia de 26 de marzo de 1992, rad. 6654, M.P. Daniel Suárez Hernández, entre otras.

¹³ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 24 de octubre de 1990, rad. 5902, C.P. Gustavo de Greiff Restrepo.

¹⁴ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 30 de julio de 1992, rad. 6897, M.P. Daniel Suárez Hernández.

¹⁵ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 31 de agosto de 2006, rad. 15772, M.P. Ruth Stella Correa Palacio; sentencia de 30 de noviembre de 2006, rad. 15201-25063, M.P. Alier Hernández Enríquez; sentencia de 30 de julio de 2008, rad. 15726, M.P. Myriam Guerrero de Escobar. El consejero Enrique Gil Botero aclaró el voto en el sentido de señalar que no debe plantearse de forma definitiva el abandono de la aplicación del régimen de falla presunta del servicio.

¹⁶ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 31 de agosto del 2006, rad. 15772, M.P. Ruth Stella Correa Palacio; sentencia del 30 de julio del 2008, rad. 15726, M.P. Myriam Guerrero de Escobar; sentencia del 21 de febrero del 2011, rad. 19125, M.P. (E) Gladys Agudelo Ordóñez, entre otras.

entre este y la falla en la prestación del servicio médico¹⁷, no obstante, la jurisprudencia también ha admitido que en aplicación del principio *iura novit curia* y dadas las circunstancias del caso concreto, el juez puede acudir a otros regímenes de responsabilidad¹⁸.

Finalmente para efectos del caso concreto, se ha de resaltar que una dimensión importante de la diligencia, tiene que ver con la prestación efectiva y pronta de la atención médica, esto es, con la garantía que el solo ingreso comporta la tranquilidad que el paciente y la familia demandan, en razón de la calidad del servicio y la evitación de trámites innecesarios. En resumen, parte de la humanización a la que debe propender el servicio médico consiste en la implementación de procedimientos logísticos que agilicen y optimicen la atención al usuario, de modo que éste no vea agravada su situación con innecesarias dilaciones burocráticas o deficiencias en la dotación de elementos al igual que de personal médico, paramédico o asistencial.

Por lo anterior, es importante aclarar que la negligencia o la falla que se alega en los casos de responsabilidad médica no se limita a la mala praxis, por parte del personal del cuerpo médico tratante, sino que puede darse de una falla de la Institución médica o del sistema de salud es decir sistemático-institucional¹⁹.

En resumen, el régimen de responsabilidad aplicable por daños ocasionados en la prestación del servicio médico a cargo del Estado ha variado con el paso del tiempo en la jurisprudencia de la Sección Tercera del Consejo de Estado. En un primer estadio –antes de la entrada en vigencia de la Constitución de 1991– dicha cuestión se resolvió con fundamento en la falla probada del servicio, exigiéndose a la parte demandante demostrar los elementos que la configuraban. Con posterioridad se introdujo el régimen de la falla del servicio presunta, correspondiéndole a la parte demandada la carga de demostrar que actuó con la diligencia y el cuidado debidos para exonerarse de responsabilidad. Ulteriormente, ante el surgimiento de cuestionamientos en torno a la capacidad que, en todos los casos, tendrían las entidades públicas de acreditar que actuaron correctamente, se aplicó la teoría de la carga dinámica de la prueba, en virtud de la cual el juez debía definir, en cada caso en particular, cuál de las partes se encontraba en mejores condiciones de probar la falla en el servicio médico; sin embargo, dadas

¹⁷ CONSEJO DE ESTADO - SECCIÓN TERCERA. Sentencia de dieciocho (18) de octubre de dos mil dieciocho (2018).Rad. No. 19001-23-31-000-2006-00170-01 (43526). C.P.: MARTA NUBIA VELÁSQUEZ RICO (E)

¹⁸ CONSEJO DE ESTADO - SECCIÓN TERCERA. Sentencia de dieciséis (16) de agosto de dieciocho (18) de octubre de dos mil dieciocho (2018).Rad. No. 17001-23-31-000-2009-00001-01 (45687). C.P.: MARTA NUBIA VELÁSQUEZ RICO.

¹⁹ Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección B, sentencia de 28 de febrero de 2013, C. P.: Stella Conto Díaz del Castillo, Exp. 26398.

las dificultades que, en la práctica, surgían para el juez contencioso ejercer esa potestad, a partir de la sentencia del 31 de agosto de 2006, se recogió dicha postura y, en su lugar, se retomó el título de imputación inicial de la falla probada del servicio, cobrando particular importancia la prueba indiciaria para acreditar, no solo la falla propiamente dicha sino, también, su nexo causal con el daño ocasionado. Esta última postura es la que, actualmente, se encuentra vigente en la jurisprudencia de la Sección Tercera de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Consejo de Estado.

9.4.- ANÁLISIS PROBATORIO.

Obran en el expediente como pruebas relevantes las siguientes:

- Copia del Informe de necropsia Clínica del señor Cesar Hernán Rincón Caro, practicado en el Hospital Regional De Miraflores, de la cual se extrae: (fls. 80-85)

“(...)

Dentro de los hallazgos importantes en la autopsia en los hallazgos microscópicos se observa pulmón derecho hemorrágico, congestivo, con áreas blanquecinas, crepitante, pleura lóbulo medio y basal con presencia de membranas fibrinopurulentas, contenido líquido sero purulento.

(...)”

- Copia de reportes de nómina de la Empresa Agroindustrias de Palma Aceiteras S.A Sucursal Colombia, a favor del señor Cesar Hernán Rincón Caro (Q.E.P.D.). (fls. 86-91).
- Registro civil de defunción del señor Cesar Hernán Rincón Caro (Q.E.P.D.). (fl. 92)
- Declaración extra juicio rendida por los señores Blanca Nelcy Cano Valero, Jaime Alexander Morales Huertas y Fredy Jhoane Bohórquez Carranza, personas amigas y vecinas a quien les consta la convivencia de unión marital de hecho entre los señores Cesar Hernán Rincón Muñoz Y Nohemí Caro Barahona. (fls. 93-94)
- Copia del Registro civil de nacimiento del menor Sebastián Felipe Rincón Cano, del cual se consta que es hijo del occiso. (fl. 95)
- Copia de la tarjeta de identidad del menor Sebastián Felipe Rincón Cano. (fl. 96)
- Registro civil de nacimiento del señor Wilmar Rincón Caro, quién sería hermano del occiso. (fl. 97)

- Registro civil de nacimiento del señor Ronal Rigo Rincón Caro, quién sería hermano del occiso. (fl. 98)
- Registro civil de nacimiento de la señora Luz Nelly Rincón Caro, quién sería hermano del occiso. (fl. 99)
- Copia auténtica de la Historia clínica del señor Cesar Hernán Rincón Caro (Q.E.P.D.), que reposa en los archivos de la ESE Hospital Regional de Miraflores, donde reposa la atención recibida en los 27 de abril de 2006, 4 y 5 de junio de 2014 (fls. 174-233).
- Transcripción de la Historia Clínica del señor Cesar Hernán Rincón Caro (Q.E.P.D.) en la ESE Hospital Regional de Miraflores, en la cual se indica (fls. 234-240):

“ATENCIÓN DE URGENCIAS

Fecha de ingreso: 04-06-2016

Hora de ingreso: 09:40

Medico: DAVID FERNANDO RÁTIVA RAMOS

Diagnostico ingreso: PAROTIDITIS, SIN COMPLICACIONES

MC: Parotiditis.

ptc de 35 años con cuadro de 7 días de evolución consistente en sensación de asas y edema progresivo a nivel de ángulo mandibular bilateral asociado a picos febriles no confiscados, otalgia, no otra sintomatología. Consulta hoy x astenia, adinamia, mialgias, refiere disminución de edemas hiporexia emesis contenido alimentario.

Antecedentes: Pat (-) Qx: toracotomía 9 años por NAC, Alérgico niega, Toxico niega, familiares niega.

EF: alerta, afebril. SV: FC: 136X; FR: 20 X; SPO2 96%, TA: 120/188. C/C: conjuntivas hipocrómicas, mucosa oral seca, edemas y dolor a la palpación ángulo mandibular bilateral. C/P sin agregados, abdomen no doloroso. Ext sin edemas. Neuro no déficit

IDX: 1. Parotiditis

P/ (C RI) SSN AL 9% bolo 1500cc continuar a 100cc h

Metoclopramida 10mg -- Dipirona 2 gramos IV.

NOTA MÉDICA:

Pte con mejoría de cuadro clínico de ingreso, se dan recomendaciones sobre curso de patología y signos y síntomas de alarma

P/ salida.

(...)

EVOLUCIÓN

05-06-2014

3+00 SP02: 84% T°360°C TA: 96/64 FC: 140X

Reingreso de paciente

Paciente masculino de 37 años quien reingresa por cuadro febril parotiditis y dificultad respiratoria, paciente que recibió manejo farmacológico por persistir con síntomas consulta:

Ant: pat+ ILEGIBLE bien, T or QX: Toracotomía hace 9 años, TA-

EF: pte en aceptables condiciones generales, con SV FC:140X; FR 20X;

TA126/62mmHg, SPO2:82, ILEGIBLE.

C/C: normocefalico, leve edema facial de predominio en región de la mandíbula ILEGIBLE

RS CS ILEGIBLE RS RS Hipoventilación bilateral ILEGIBLE

AHV: No signos de infección EXT: no edemas neuroglasgo15/15

IDx - sd febril-

-SDR

-parotiditis

P/-observación

-VOM

Firma: "CARLOS FERNANDO ROJAS

MEDICO CIRUJANO

C.C. 1049616449 R.M 1350

U.P.T.C"

05/06/14

Evolución medica

Pte masculino de 25 años con DX de

1. Sd febril a estudio

2. SBO-SRD

S/ Pte refiere persistir con los síntomas con sensación de ahogo leve disnea dolor torácico "no puede respirar".

O/ Pte en aceptables condiciones con SV FC:140X', FR 24X; TA:96/69mmHg, SP02: 92% con O2 al 28%.

C/ Neurocefalico ILEGIBLE, mucosa oral húmeda ILEGIBLE CP RS rítmicos ILEGIBLE PS RS ILEGIBLE ACP ABD blando depresible ILEGIBLE Ext no edema neoglasgow15/15.

A/ pte hemodinamicamente estable con edema ILEGIBLE parcial se determina toma de paraclínicos según restos se determina conducta ILEGIBLE

P/: VOM

Firma: "CARLOS FERNANDO ROJAS

MEDICO CIRUJANO

C.C. 1049616449 R.M 1350

U.P.T.C"

15-06-14

Nota medica

11+30 Ptc con dx de

1. SX Febril
2. SDR
3. Neumonía adquirida en la comunidad

S/ Refiere leve mejoría se reciben paraclínicos
HCTO:45.5 HB: 15.8, LEUCOS:19900, N:80%, L:15%, PCR: negativo,
leucocitosis con neutrofilia,
Rx torax: con infiltrados ILEGIBLE difusos infiltrados alveolares con
tendencia a consolidación en lóbulo basal derecho.
Considero cuadro de neumonía adquirida en comunidad grupo 2ª en el
momento oxigenorequiriente, inicio MNB, curva térmica antibioticoterapia
se hospitaliza.

Firma: "ANGELA MARIA LINCE G
MEDICA SSO
CC: 1019041935
UNISANITAS"

15-06-14

Nota Médica

14+05 PACIENTE DE 25 AÑOS DX

1. SDR MODERADO
2. Neumonía Adquirida En Comunidad

Se atiende llamado de enfermería refiere aumento de la disnea
desaturación encuentro paciente en regular estado pálido con SDR dados
por taquipnea tirajes intercostales y Subcostales TA: 109/72, FC 148X; FR
30X; SPO2 84%; FIO2:31%. C/P= RS CS rítmicos taquicardicos RS RS con
hipoventilación con predominio en campo pulmonar derecho estertores
ocasionales en 1/3 inferior resto de examen físico sin cambios.

Paciente con dx de neumonía, aumento del trabajo respiratorio indico MNB
esquema de crisis, aumento del FIO2, vigilancia estricta de patrón
respiratorio y oximetrías, pendiente paso a hospitalización por no
disponibilidad de camas.

Firma: "ANGELA MARIA LINCE G
MEDICA SSO
CC: 1019041935
UNISANITAS"

05-06-14

Nota Médica

16+45 paciente persiste con dificultad respiratoria desaturado 84%, con
ventury al 40%, taquicardico, indico aumentar FIO2 e inicio corticoide
sistémico, vigilancia estricta de patrón respiratorio, pasa al servicio de
hospitalización.

Firma: "ANGELA MARIA LINCE G
MEDICA SSO
CC: 1019041935
UNISANITAS"
05-06-14

Nota Médica. Ingreso a hospitalización.

17+48 Pte quien ingresa de urgencias con dx de neumonía presenta sensación de ahogo.

SV SO: 76-78% con ventury al 50%, FR: 38X; FC:150X; T°36.8

C/C mucosas semisecas.

RSS con crepitos en alveolares pulmonares, mayor al derecho. RS CS. Ext pulsos + Neuro consiente alerta.

Rx de tórax evidencia gran consolidado de base pulmonar derecha atelestacias.

A/ ptc con clínico y paraclínico sugestivo de neumonía basal derecha asociada a cuadro de broncoobstrutivo severo

PLAN V.O.M

Aminofilina + MNB

Firma: "DIANA LEON
MEDICO CIRUJANO UB
RM: 693-10"

05-06-14

Nota Médica

19+00 se evidencia cuadro de broncoobstrutivo severo FR: 38X; SPO2 74-76% FC: 150-160X;

Presenta expulsión de flemas amarillas oscuras con tinte hemético.

Plan: V.OM

MNB Con Natrol

Firma: "DIANA LEON
MEDICO CIRUJANO UB
RM: 693 – 10"

05-06-2014 *Nota Médica*

19+40 Pte quien aumenta con dificultad respiratoria requerimiento de oxígeno SO 68% con ventury al 50% FC:170X', FR: 50X; se decide intubar orotraqueal y remisión como urgencia vital ante falla ventilatoria evidente.

Firma: "DIANA LEON
MEDICO CIRUJANO UB
RM: 693 - 10"

05-06-2014

Nota Médica

19+50 Pte en muy malas condiciones generales falla ventilatoria evidente FC:170 FR: 50X con ventury al 50% se ordena pasar a urgencias para hacer el procedimiento de reanimación en sala de reanimación ya que es el sitio más adecuado, se le explica a padre y a pte ante eminente falla ventilatoria se decide entubar se pasa remisión como urgencia vital a saludcoop se llama al anestesiólogo para intubación orotraqueal.

Firma: "DIANA LEON
MEDICO CIRUJANO UB
RM: 693 - 10"

15-06-2014

Nota Médica

20+00 Nota de Reanimación:

Paciente de 35 años hospitalizado con dx de neumonía quien presenta deterioro clínico signos de inminencia a falla ventilatoria por lo cual se decide intubar y remitir como urgencia vital a III nivel se pasa a sala de reanimación se llama al anestesiólogo de turno para realización de procedimiento paciente quien presenta ritmo de paro por lo cual se inician maniobras de reanimación se indica iniciar adrenalina 1mg c/ 2 minutos RCP continua paciente en ritmo desfibrilable X 10 cual se realiza descarga con 360J se continua con RCP se administra aminodarona bolo de 300mg, con respuesta adecuada sin embargo paciente entra nuevamente en paro se continua maniobras de reanimación se inicia infusión de dopamina a 10MCG/KG mint sin respuesta sin respuesta adecuada paciente a quien se le realiza 2 descargas más de 360j sin respuesta adecuada, paciente que después de 1 hora de reanimación avanzada continua en ritmo de paro sin respuesta a las maniobras instauradas glucómetro de 118 mg/dl pupilas sin respuesta por no respuesta a maniobras de reanimación avanzada se decide suspender maniobras de reanimación se habla con familiar se explica lo sucedido se acompaña.

Por edad del paciente, antecedentes y deterioro clínico y fulminante se explica a familia que se debe hacer autopsia clínica para determinar posibles causas de muerte, familiares refieren aceptar y estar de acuerdo. Hora del fallecimiento 10:15 pm se procede a trasladar cadáver.

DX:

- 1- Neumonía Adquirida en Comunidad
- 2- 2-IRAG Inusitada
- 3- Inmunodeficiencia
- 4- Falla Ventilatoria
- 5- Paro Respiratorio- SDRA
- 6- Muerte

Firma: "ANGELA MARIA MONTAÑEZ P
MEDICA F.U SANITAS
1057581082"

ANEXO

'YO CESAR HERNAN RINCON MUÑOZ CON CEDULA DE CIUDADANIA NUMERO 4164607 DE MIRAFLORES AUTORIZO REALIZAR AUTOPSIA AL SEÑOR CESAR RINCON"

FIRMA: aparece firma de CESAR HERNAN RINCON CC 4164607 DE MIRAFLORES."

- Póliza de Seguro No 1003929 "Seguro responsabilidad civil póliza responsabilidad civil", certificado de renovación expedido el día 05 de febrero de 2014, con vigencia desde el día 31 de enero de 2014 hasta el día 31 de enero de 2015. (fls. 245-247 vto)

- Póliza de Seguro No 1003929 "*Seguro responsabilidad civil póliza responsabilidad civil*", certificado de renovación expedido el día 23 de enero de 2015, con vigencia desde el día 31 de enero de 2015 hasta el día 31 de enero de 2016. (fls. 248-249 vto)
- Póliza de Seguro No 1003929 "*Seguro responsabilidad civil póliza responsabilidad civil*", certificado de renovación expedido el día 09 de febrero de 2016, con vigencia desde el día 31 de enero de 2016 hasta el día 31 de enero de 2017. (fls. 250-251 vto)
- Póliza de Seguro No 1001174 "*Seguro responsabilidad civil póliza responsabilidad civil*", certificado de renovación expedido el día 09 de febrero de 2016, con vigencia desde el día 31 de enero de 2016 hasta el día 31 de enero de 2017. (fls. 252-254)
- Póliza de Seguro No 1001174 "*Seguro responsabilidad civil póliza responsabilidad civil*", certificado de renovación expedido el día 21 de enero de 2015, con vigencia desde el día 31 de enero de 2015 hasta el día 31 de enero de 2016. (fls. 255-257 vto)
- Póliza de Seguro No 1001174 "*Seguro responsabilidad civil póliza responsabilidad civil*", certificado de renovación expedido el día 05 de febrero de 2016, con vigencia desde el día 31 de enero de 2016 hasta el día 31 de enero de 2017. (fls. 258-261 vto)
- Orden de servicios de la ESE Hospital Regional de Miraflores del 03 de junio de 2014 suscrita por la doctora Nadia Murillo Pérez, documento este allegado como prueba con la demanda. (fl. 270)
- Certificación en la que consta la vinculación del doctor David Fernando Rátiva Ramos con la Empresa Social del Estado Hospital Regional de Miraflores, desde el día 01 de enero de 2014 hasta el día 31 de diciembre de 2014. (fl. 271)
- Certificación en la que consta la vinculación de la doctora Ángela María Montañez Pérez con la Empresa Social del Estado Hospital Regional de Miraflores, desde el día 24 de enero de 2014 hasta el día 30 de enero de 2015. (fl. 272)
- Certificación en la que consta la vinculación del doctor Carlos Fernando Rojas Buitrago con la Empresa Social del Estado Hospital Regional de Miraflores, desde el día 01 de julio de 2013 hasta el día 30 de junio de 2014. (fl. 273)
- Certificación en la que consta la vinculación de la doctora Diana Dioselina León Romero con la Empresa Social del Estado Hospital

Regional de Miraflores, como médico general de conformidad con el nombramiento en provisionalidad contenido en la Resolución No. 102 calendada el 01 de septiembre de 2011. (fl. 274)

- Certificación en la que consta la vinculación de la doctora Ángela María Lince González con la Empresa Social del Estado Hospital Regional de Miraflores, desde el día 13 de 2014 hasta el día 12 de marzo de 2015. (fl. 275)
- Certificación en la que consta la vinculación de la doctora Nadia Celestina del Carmen Murillo Pérez con la Empresa Social del Estado Hospital Regional de Miraflores, como médico general de conformidad con el nombramiento en provisionalidad contenido en la Resolución No. 1055 calendada el 01 de febrero de 2001. (fl. 276)
- Copia del registro civil de defunción del señor Cesar Hernán Rincón Caro que certifica como fecha de fallecimiento del 05 de junio de 2014 (fl. 285).
- Hoja de vida con copia del diploma, acta de grado, copia del registro médico e inscripción departamental y copia del registro único del talento humano en salud del médico David Fernando Rátiva Ramos. (fls. 358-368).
- Dictamen pericial realizado a la historia clínica, al informe de autopsia clínica y al reporte del resultado de laboratorio del señor Cesar Hernán Rincón Caro (Q.E.P.D.). sobre la atención prestada por el médico David Fernando Rátiva Ramos en mayo 31 y junio 04 de 2014, suscrito por el médico Daniel Eduardo Barbosa, el cual contenía: “i). *protocolos de vigilancia en salud pública, parotiditis, extraído de un artículo del instituto nacional de salud* ii) *síndrome del shock toxico: clínica y diagnóstico, extraído de www.medigraphic.org.mx,”.*

La referida experticia fue objeto de contradicción en la audiencia de pruebas contemplada en el artículo 181 del CPACA, por lo tanto, al ser indagado por la apoderada del Dr. Rátiva, (fls. 369-464), contestó:

“ (...)

6.7 ¿Teniendo en cuenta la respuesta anterior, fue adecuado el manejo dispensado, teniendo en cuenta que el paciente ya tenía un diagnóstico establecido de parotiditis en tratamiento y que reconsulta por síntomas generales y en quien no se encuentran nuevos hallazgos al examen físico?

RESPUESTA: Si fue adecuado. Teniendo en cuenta que no se encontraron nuevos hallazgos al examen físico, el estado clínico del paciente registrado en la consulta del 4 de junio de 2014 no permitía

sospechar ninguna complicación ni ninguna patología adicional a la parotiditis ya diagnosticada y en tratamiento, por lo que fue adecuado dar tratamiento sintomático y ante la mejoría referida por el paciente, dar de alta con recomendaciones generales.

6.9 ¿De acuerdo con los registros de la historia clínica, el 4 de junio de 2014 cuando el paciente consultó a urgencias con el Dr Rátiva refería síntomas o presentaba al examen físico signos que hicieran sospechar una neumonía?

RESPUESTA: No. De acuerdo con los registros de la historia clínica, el paciente nunca refirió tos, producción de esputo o dolor torácico. Además, al examen físico los ruidos respiratorios fueron registrados como sin agregados, es decir, sin estertores ni ruidos bronquiales, por lo que no había forma de sospechar alguna patología en los pulmones.
(...)"

- Condiciones generales de la póliza de seguros de responsabilidad civil profesional para instituciones Médicas Compañía de seguros La Previsora S.A. (fls. 479-485 cuad. 2)
- Copia de la Guía de Manejo de Neumonía Adquirida por la Comunidad (fls. 515-552 cuad. 2), de la cual, el Despacho resaltará lo siguiente:

“ 4.1. Diagnóstico²⁰

El diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad se establece por los datos derivados de una buena historia clínica, el examen físico y el examen radiológico.

Cuando un paciente consulta con síntomas de infección respiratoria aguda (fiebre o malestar general con tos o expectoración) pero no tiene ninguno de los siguientes criterios: frecuencia cardíaca > 100 latidos por minuto, frecuencia respiratoria > 20 por minuto, temperatura oral de 38 °C o más, o anormalidades a la auscultación del tórax (estertores, egofonía, frémito u otros hallazgos de consolidación), la probabilidad clínica de que tenga una neumonía es muy baja y no requiere estudios adicionales (evidencia IIA) 99-102. En los pacientes con síntomas de infección respiratoria aguda y alguno de esos criterios debería considerarse la toma de una radiografía de tórax para descartar neumonía (evidencia IIB)⁹⁹⁻¹⁰².

El diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad puede realizarse si el paciente reúne los siguientes criterios ^{2-4,6,8,9,21,22,30,88,103,104}.

- 1) *Síntomas o signos de infección respiratoria aguda baja (presencia de, al menos, uno): tos, expectoración purulenta, disnea, dolor pleurítico,*

²⁰ Ver específicamente el folio 528-529

algún signo de consolidación en el examen físico del tórax (crépitos inspiratorios, frémito vocal aumentado, pectoriloquia, respiración bronquial, matidez)¹

- 2) Síntomas o signos sistémicos (presencia de, al menos, uno): fiebre de 38 °C o más, diaforesis nocturna, escalofríos, mialgias, confusión mental, leucocitos > 12.000/mml³¹⁰⁵.
- 3) Hallazgos en la radiografía del tórax (presencia de, al menos, uno)¹⁰⁴: infiltrados alveolares o intersticiales segmentarios o infiltrados en uno o más lóbulos, y que no estaban presentes previamente, teniendo en cuenta que algunos pacientes pueden haber tenido en un inicio una radiografía normal ^{88,104,105}.
- 4) Que no exista ninguna otra enfermedad que explique la sintomatología.
- 5) La neumonía por aspiración puede ser considerada en pacientes con neumonía y aspiración presenciada, alteración del estado mental, alteraciones de la deglución, alteraciones (...)

Grupo I: pacientes con CURB-65 o CRB-65 de 0 o 1, **manejo ambulatorio**: en principio, no requieren exámenes adicionales a una radiografía de tórax. Puede haber situaciones especiales (por ejemplo, epidemiológicas) en las que esté indicado realizar exámenes adicionales.

Grupo II: pacientes con CURB-65 o CRB-65 de 2, **manejo hospitalario**: (...).

Así mismo, la Guía de Manejo de Neumonía Adquirida por la Comunidad el numeral “3.3.1. Escala de severidad CURB-65”²¹, señala:

Tabla 7. Escala de gravedad CURB-65

Puntuación	Muertes/ total	%	Recomendación
0	07/1.223	0,6	Grupo I
1	31/1.142	2,7	Bajo riesgo, tratamiento ambulatorio
2	69/1.019	6,8	Grupo II Tratamiento ambulatorio supervisado o curso corto de tratamiento hospitalario
3	79/563	14	Grupo III
4 o 5	44/158	27,8	Neumonía grave: hospitalizar y considerar manejo en la unidad de cuidados intensivos

²¹ Ver folio 525

“3.3.1. Escala de severidad CURB-65: en el índice CURB-65 o en el CRB-65, los parámetros por determinar y cuantificar son: C: confusión; U: urea; R: frecuencia respiratoria; B: presión arterial, y edad de 65 años o más. Cada uno de estos parámetros tiene valores que deben ser cuantificados, así:

C: confusión

Puntuación en el test mental abreviado ≤ 8 o presencia de desorientación en persona, lugar o tiempo.

U: urea > 7 mmol/l (urea = BUN x 2.14) o en el sistema americano, urea > 44 mg/dl o BUN > 19 mg/dl.

R: frecuencia respiratoria ≥ 30 por minuto.

B: Presión arterial sistólica < 90 mmHg

Presión arterial diastólica ≤ 60 mmHg

65: edad ≥ 65 años

Para definir si el paciente tiene confusión o alteración del estado mental se utiliza el test mental abreviado (tabla 6).

En la escala de gravedad CURB-65 (tabla 7) a cada parámetro se le asigna una puntuación de 0 o 1, según si está ausente o presente; la puntuación total va de 0 a 5 y, según la puntuación, se estratifica en 3 grupos: I, II y III. La neumonía grave adquirida en la comunidad se define por un puntaje > 2 .

La escala CURB-65 o la CRB-65 deben ser aplicadas en nuestras instituciones por su sencillez, amplia validación y sin diferencias significativas con el PSI para definir sitio de tratamiento, mortalidad y complicaciones asociadas.”

Sobre el tratamiento expuesto en la “Guía de Manejo de Neumonía Adquirida por la Comunidad”, lo resume en los siguientes cuadros:

Para el grupo I²²:

Diagnóstico, tratamiento y prevención de la neumonía adquirida en adultos inmunocompetentes

23

Tabla 12. Tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad, grupo I

Grupo I: puntaje entre 0 y 1 en la escala CRB-65 o CURB-65	Localización o sitio para el tratamiento
a) Sano sin factores de riesgo	<p>Tratamiento ambulatorio</p> <p>Primera línea (evidencia IA):</p> <ul style="list-style-type: none"> Amoxicilina, 1 g por vía oral, cada 8 h, o claritromicina, 500 mg por vía oral, cada 12 h, o azitromicina, 500 mg diarios, por vía oral <p>Alternativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Doxiciclina, 100 mg por vía oral, cada 12 h (evidencia IIB) En casos de alergia a las penicilinas, intolerancia a los macrólidos o a las tetraciclinas se debe considerar moxifloxacina, 400 mg al día por vía oral, o levofloxacina, 750 mg/día por vía oral (evidencia IA) <p>Duración del tratamiento: 5 a 7 días; cuando se utilice azitromicina, el tratamiento debe ser por 3 a 5 días</p>
b) Con factores de riesgo o enfermedades concomitantes	<p>Tratamiento ambulatorio</p> <p>Primera línea (evidencia IA):</p> <ul style="list-style-type: none"> Amoxicilina-ácido clavulánico, 1 g por vía oral, cada 12 h, asociado a claritromicina, 500 mg por vía oral, cada 12 h o azitromicina 500 mg vía oral diarios <p>Alternativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> Cefuroxima, 500 mg por vía oral, cada 12 h, asociado a claritromicina, 500 mg por vía oral, cada 12 h (evidencia IA) En caso de alergia a las penicilinas o intolerancia a los macrólidos, fluoroquinolonas: moxifloxacina, 400 mg al día por vía oral, o levofloxacina, 750 mg al día por vía oral (evidencia IA)

Grupo II²³:

Tabla 13. Tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad, grupo II

Grupo II: puntaje de 2 en la escala CRB-65 o CURB-65	Localización o sitio para el tratamiento
a) Sin factores de riesgo y sin enfermedades concomitantes	<p>Hospitalización en sala general (fuera de la unidad de cuidados intensivos)</p> <p>Primera línea: betalactámico más macrólido (evidencia IA)</p> <ul style="list-style-type: none"> Penicilina cristalina, 2 millones de unidades, intravenosos cada 4 h, más claritromicina, 500 mg intravenosos cada 12 h <p>Alternativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ampicilina, 2 g intravenosos cada 4 h más claritromicina, 500 mg intravenosos cada 12 h (evidencia IIB). En pacientes alérgicos a las penicilinas (evidencia IA): Quinolona 'respiratoria', intravenosa: moxifloxacina, 400 mg diarios, intravenosos, o levofloxacina, 500 mg diarios, intravenosos
b) Con factores de riesgo para bacilos Gramnegativos	<p>Hospitalización en sala general (fuera de la unidad de cuidados intensivos)</p> <p>Primera línea (evidencia IA):</p> <ul style="list-style-type: none"> Ampicilina-sulbactam, 3 g intravenosos cada 6 h, más claritromicina, 500 mg intravenosos cada 12 h <p>Alternativa (evidencia IIA):</p> <ul style="list-style-type: none"> Cefuroxima, 750 mg intravenosos cada 8 h más claritromicina 500 mg intravenosos cada 12 h En pacientes alérgicos a las penicilinas (evidencia IA): Quinolona 'respiratoria', intravenosa: moxifloxacina, 400 mg diarios, intravenosos, o levofloxacina 500 mg diarios, intravenosos
c) Con factores de riesgo para neumococo resistente a la penicilina	<p>Hospitalización en sala general (fuera de la unidad de cuidados intensivos)</p> <p>En caso de sospecha de neumococo resistente a la penicilina (evidencia IA):</p> <ul style="list-style-type: none"> Ceftriaxona, 2 g diarios, intravenosos, más claritromicina, 500 mg intravenosos cada 12 h En pacientes alérgicos a las penicilinas: Quinolona 'respiratoria', intravenosa: moxifloxacina, 400 mg diarios, intravenosos, o levofloxacina, 500 mg diarios, intravenosos
d) Hospitalización por razones socioeconómicas	<p>Hospitalización en sala general (fuera de la unidad de cuidados intensivos)</p> <p>Tratamiento igual al del grupo Ia</p>

²² Ver folio 537.

²³ Ver folio 538.

Grupo III²⁴:

Tabla 14. Tratamiento de de la neumonía adquirida en la comunidad, grupo III, neumonía grave adquirida en la comunidad

Grupo III: puntaje de 3 o más en CRB-65 o CURB-65 más criterios ATS/IDSA para ingreso a la unidad de cuidados intensivos (neumonía grave adquirida en la comunidad)	Localización o sitio para el tratamiento
a) Sin factor de riesgo para <i>P. aeruginosa</i> .	<p>Hospitalización en la unidad de cuidados intensivos</p> <p>Primera línea:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ampicilina-sulbactam, 3 g intravenosos cada 6 h, más claritromicina, 500 mg intravenosos cada 12 h, más oseltamivir más vancomicina o linezolid <p>Alternativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cefuroxima, 750 mg intravenosos, cada 8 h, más claritromicina, 500 mg intravenosos cada 12 h, más oseltamivir, 75 mg cada 12 h más vancomicina o linezolid <p>En pacientes alérgicos a la penicilina usar: fluroquinolona moxifloxacina, 400 mg diarios intravenosos, o levofloxacina, 500 mg diarios intravenosos, más oseltamivir, 75 mg cada 12 h más vancomicina o linezolid</p>
b) Con factores de riesgo para <i>P. aeruginosa</i>	<p>Hospitalización en la unidad de cuidados intensivos</p> <p>Primera línea:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Piperacilina-tazobactam, 4,5 g intravenosos cada 6 h, más claritromicina, 500 mg intravenosos cada 12 h, más oseltamivir, 75 mg cada 12 h <p>Alternativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cefepima, 2 g intravenosos cada 8 h, más claritromicina, 500 mg intravenosos cada 12 h, más oseltamivir, 75 mg cada 12 h
c) Con factores de riesgo para <i>S. aureus</i> resistente a la meticilina	<p>Hospitalización en la unidad de cuidados intensivos</p> <p>Primera línea:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ampicilina-sulbactam, 3 g intravenosos cada 6 h, más claritromicina, 500 mg intravenosos cada 12 h, más vancomicina (dosis de carga: 25 mg/kg y luego 15mg/kg/12 h) o linezolid, 600 mg intravenosos cada 12 h más oseltamivir, 75 mg cada 12 h <p>Alternativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Piperacilina-tazobactam, 4,5 g intravenosos cada 6 h, más claritromicina, 500 mg intravenosos cada 12 h, más linezolid o vancomicina, más oseltamivir, 75 mg cada 12 h • Cefepima, 2 g cada 8 h, más claritromicina, 500 mg intravenosos cada 12 h, más vancomicina o linezolid más oseltamivir, 75 mg cada 12 h

Aspectos relevantes del tratamiento para la neumonía adquirida en la comunidad:

- Con base en los estudios de neumonía adquirida en la comunidad recientemente publicados, todo paciente con la neumonía adquirida en la comunidad que requiera hospitalización, ya sea en salas generales o en unidades de cuidados intensivos, debe recibir tratamiento para gérmenes atípicos
- Realizar terapia de reducción de la intensidad cuando haya identificación microbiológica
- Uso adecuado de antimicrobianos: elección con base en la gravedad, las enfermedades concomitantes y los factores de riesgo; evitar en la medida que sea posible el uso empírico de quinolonas y cefalosporinas de tercera generación
- Cambio de tratamiento a la vía oral cuando se logre la estabilidad clínica
- Alta temprana, 24 a 48 h después de lograr la estabilidad clínica
- Uso de antivirales con base en las recomendaciones del Ministerio de Salud y Protección Social en Colombia
- En pacientes en los que se decide iniciar vancomicina es aconsejable determinar los niveles plasmáticos del antibiótico para ajustar la dosis (evidencia IA)

ATS: American Thoracic Society; IDSA: Infectious Diseases Society of America.

- Hoja de vida del médico Carlos Fernando Rojas Buitrago. (fls. 560-568 cuad. 2)
- Oficio de fecha 20 de octubre de 2017, mediante el cual el Hospital Regional de Miraflores, informó que revisado el cuadro de turnos asignados para el día 5 de junio de 2014 se encontraban asignadas las doctoras Ángela María Lince – en urgencias jornada diurna y Ángela María Montañez – en el turno de la noche; además que según la Historia Clínica del señor Cesar Hernán Rincón Caro (Q.E.P.D.) de enero a mayo de 2014 no hay registro de atenciones médicas, para lo cual, anexó copia del cuadro de turnos (fls. 626-627 cuad. 2).
- Fórmula médica suscrita el 4 de junio de 2014 por David Rativa quien formuló al señor Rincón Caro Cesar “*Mettoclopramida tableta 10 miligramos, tomar una cada 12 horas*” (fls. 645 cuad. 2).
- Formula médica suscrita el 3 de junio de 2014 por Nidia Murillo Pérez quien formuló al señor Rincón Caro Cesar “*Ibuprofeno 400mg*” (fls. 646 cuad. 2).

²⁴ Ver folio 539.

- Fórmula médica suscrita el 31 de mayo de 2014 por David Rativa quien formuló al señor Rincón Caro Cesar “Acetaminofén tableta 500 mg, tomar cada 6 horas, N-Acetilcisteína” (fls. 647 cuad. 2).
- Copia de Historia clínica del 31 de mayo de 2014, suscrita David Rativa, de la cual, se puede establecer que formuló al señor Cesar Rincón “Acetaminofén, N- Acetilcisteína y Amoxicilina” (fls. 648 cuad. 2).
- Copia de historia clínica del señor Rincón Cesar de fecha 27 de abril de 2006, 5 de junio de 2014 (fls. 652-711 cuad. 2).
- Transcripción de Historia clínica con fecha 15 de julio de 2016, (fls. 712-718 cuad. 2).
- Oficio radicado el 17 de noviembre de 2017, mediante el cual, la Registraduría Nacional del Estado Civil, anexa registro civil de nacimiento del señor Cesar Hernán Rincón Caro (Q.E.P.D.). (fls. 719-720 cuad. 2)
- Dictamen pericial rendido por doctor Daniel Eduardo Barbosa Páez, a la historia clínica del paciente correspondiente a los días 31 de mayo y 04 de junio de 2014. De su declaración se resumirá lo siguiente: (fls. 726 y cd visto a fl. 739).
 - Manifestó como se debe realizar el examen médico a los pacientes en cada consulta, precisando que en el caso concreto el día 31 de mayo de 2014 el médico tratante realizó adecuadamente el examen físico al paciente, y en lo que respecta al día 04 de junio de 2014, afirmó que el médico realizó de manera adecuada el examen físico y de acuerdo a la sintomatología presentada y referida por el paciente considera que el diagnóstico de parotiditis fue acertado. Igualmente, manifestó que de acuerdo con lo registrado en la historia clínica no se presentaba ningún signo de dificultad respiratoria. Finaliza indicando que para esos dos días el paciente no tenía criterios para que fuera evaluado por medicina especializada, ni para ser hospitalizado.
 - PREGUNTADO, ¿porque considera se pudo haber presentado en el paciente ese denominado shock tóxico? y ¿en qué consiste este síndrome de shock tóxico? CONTESTÓ: dado el avance y el curso de la enfermedad los días posteriores, pudo pasar que el paciente que estaba con una afectación de inflamación de las parótidas hizo que los pulmones por estar bajo de defensas empezasen a recibir algún otro tipo de enfermedad, por eso el día 04 de junio no presentaba ningún otro síntoma, pero el día 05 de junio ya presentó los síntomas, que fueron en curso subclínico, es decir que no se pueden detectar, no se pueden evidenciar. Se dice que fue un shock tóxico porque fue una enfermedad fulminante, por eso pese a que tan pronto el paciente presentó síntomas respiratorios se le prestó una

rápida y adecuada atención, éste se deterioró rápidamente; dado que el shock tóxico consiste en que cuando las bacterias o virus liberan las toxinas y el cuerpo reacciona de una manera exagerada, ocasionando un deterioro rápido y progresivo, razón por la cual el paciente no responde a las maniobras que se realizan para controlar esta enfermedad.

- Testimonio del señor Luis Antonio Martínez Portuguez, recaudado el día 12 de diciembre de 2017, quién manifiesta que se dedica a la agricultura en el municipio de Páez, y que no tiene parentesco, ni vínculos laborales o comerciales con las partes. De su declaración se resumirá lo siguiente: (fls. 727 y cd visto a fl. 739).

o Manifestó que conoce hace muchos años a la familia Rincón Caro, porque son vecinos; igualmente, manifestó que tuvo encuentros con el señor Rincón Caro (Q.E.P.D.) quién le comentó que en el hospital únicamente le habían formulado unas pastas y no sentía mejoría con dicho medicamento. Dijo que no recordaba la fecha en que falleció el señor Cesar Rincón (Q.E.P.D.). Respecto al trabajo del occiso señaló: *“(...) el echaba guadaña y a lo último ya estaba manejando una retro por allá para abajo, para la llanura (...)”*. Indicó que el occiso convivía con la señora Blanca Cano y tenían un hijo, pero que el señor Rincón Caro (Q.E.P.D.) vivía en casa de sus padres. Afirmó que los padres y hermanos del occiso se dedican a la agricultura y a en ocasiones trabajan como jornaleros.

- Testimonio de la señora Mariela Gama Alfonso, recaudado el día 12 de diciembre de 2017, quién manifiesta que no tiene parentesco, ni vínculos laborales o comerciales con las partes. De su declaración se resumirá lo siguiente: (fls. 728 y cd visto a fl. 739).

o Manifestó no conocer al señor Cesar Hernán Rincón Caro (Q.E.P.D.), sino hasta el día que se lo encontró en el Hospital Regional de Miraflores y en dialogo sostenido con la señora Blanca Cano supo que estaba en el hospital por paperas y que solo le habían formulado acetaminofén; igualmente, manifestó haberse cruzado en otras oportunidades con la señora Blanca y que siempre le manifestaba que el señor Cesar Rincón (Q.E.P.D.) no mejoraba hasta que un día le contó que el señor había fallecido por falta de una remisión, a su vez sostuvo no recordar las fechas de los mencionados encuentros, ni de la muerte del señor Cesar Rincón (Q.E.P.D.). Respecto a los demandantes indicó que los conoce hace más o menos cuatro años, pero únicamente de saludo, y que la señora Blanca Cano y su hijo ahora viven en otra ciudad.

- Testimonio del señor Yeison Julián Pasto Vargas, recaudado el día 12 de diciembre de 2017, quién manifiesta ser trabajador independiente, y

que no tiene parentesco, ni vínculos laborales o comerciales con las partes. De su declaración se resumirá lo siguiente: (fls. 729 y cd visto a fl. 739).

○ Afirmó haber conocido solamente de saludo al señor Cesar Hernán Rincón Caro (Q.E.P.D.), en razón a que hace unos años trabajó con los hermanos, y a que todos son oriundos del municipio de Miraflores. En lo que se refiere a la muerte del señor Rincón Caro (Q.E.P.D.), manifestó que hasta la fecha en que se realizó el sepelio tuvo conocimiento del lamentable hecho al encontrarse con los familiares del occiso, quienes a su vez le comentaron que luego de llevar varios días al señor Rincón Caro (Q.E.P.D.) al Hospital de Miraflores, este había fallecido. Señaló que el señor Cesar Hernán Rincón Caro (Q.E.P.D.) vivía en el municipio de Miraflores junto a la señora Blanca Cano y su hijo, pero él era el sostén económico tanto de su compañera y su hijo, como de sus padres y hermanos, aunado a esto afirmó que el occiso se dedicaba a manejar una retroexcavadora en el llano, pero desconocía con que empresa laboraba y el sueldo que devengaba.

- Testimonio del señor Orlando Cardozo Heredia, recaudado el día 12 de diciembre de 2017, quién manifiesta trabajar en construcción, y que no tiene parentesco, ni vínculos laborales o comerciales con las partes. De su declaración se resumirá lo siguiente: (fls. 730 y cd visto a fl. 739).

○ Manifestó que conocía al señor Cesar Hernán Rincón Caro (Q.E.P.D.) desde hacía seis años, y que convivía con la señora Blanca y su hijo de cinco años en el municipio de Miraflores, quienes dependían de él económicamente; de igual forma señaló que la señora Blanca le indicó respecto a la muerte del señor Rincón Caro (Q.E.P.D.) que *“lo llevaron al Hospital a la madrugada y le dieron fue unas pastas y lo devolvieron para la casa”*. En cuanto a la labor que desempeñaba el señor Cesar Rincón (Q.E.P.D.), reveló que trabajada en el llano con la empresa *Las Palmeras* como conductor de una retroexcavadora. Adujó que el occiso les colaboraba económicamente a sus padres y hermanos, pese a no vivir con ellos.

- Interrogatorio de parte rendido por la médica cirujano general Nadia Celestina Del Carmen Murillo Pérez el día 12 de diciembre de 2017, quien atendió al señor Cesar Hernán Rincón (Q.E.P.D.) el día 03 de junio de 2014, y manifiesta que actualmente trabaja en la ESE Hospital Regional de Miraflores. De su declaración se resalta: (fls. 731 y vto; cd visto a fl. 739).

○ Manifestó que en el momento de la muerte del señor Cesar Hernán Rincón Caro (Q.E.P.D.) ella no lo asistió como médico profesional, sino que ella el día 03 de junio de 2014, le prestó atención médica al paciente en urgencias al momento de realizar el triage, consulta en la cual le tomó los

signos vitales, le realizó un interrogatorio respecto al motivo de consulta, a lo que el paciente sostuvo que ya había sido atendido en urgencias anteriormente pero sin dar mayor detalle, manifestó que tenía cefalea, presentaba edema sub maxilar bilateral, incluso estaba afebril, luego de realizar el debido examen físico en el cuál al ver la cicatriz que presentaba en el tórax y a que el paciente señaló haber tenido una cirugía a raíz de una infección pulmonar, la médico procedió a realizar una auscultación más concienzuda, en vista de que no presentó ningún hallazgo que indicará alguna anomalía a nivel pulmonar, fiebre u otro síntoma que alertara que su vida estaba en peligro, se le ordenó un analgésico más potente para el tratamiento de la parotiditis y fue remitido a una cita prioritaria, pues no era procedente realizar una atención por urgencias. Aclaró que, al no habersele dado atención por urgencias al paciente, el diagnóstico que ella realizó en el triage no fue consignado dentro de la historia clínica, sino que fue registrado en un pequeño formato que se manejaba para ese entonces en la institución hospitalaria.

- Afirmó que en urgencias se realiza una valoración que da una calificación, triage I, es una urgencia vital, si es II y III requiere atención en urgencia, pero si es triage IV y V, el paciente no recibe una atención en urgencia si no que se deriva a una consulta externa.

- Por otra parte, señaló en varias oportunidades, que es obligación del primer profesional médico que diagnostica parotiditis a un paciente, realizar la notificación obligatoria para que esta luego sea remitida a la Secretaría de Salud, cuya finalidad es verificar la efectividad de la vacunación realizada contra esta enfermedad. Aunado a esto, manifestó que no es posible dar una cifra siquiera aproximada de los casos que se presentan de adultos con parotiditis, aunque indicó haber atendido unos 3 casos durante el tiempo que lleva laborando en el municipio de Miraflores.

- Interrogatorio de parte rendido por el médico general David Fernando Rátiva Ramos el día 12 de diciembre de 2017, quien en vigencia de su servicio social obligatorio atendió al señor Cesar Hernán Rincón (Q.E.P.D.) los días 31 de mayo y 04 de junio de 2014, y manifiesta que actualmente se encuentra domiciliado en la ciudad de Bogotá. De su declaración se resalta: (fls. 732 y cd visto a fl. 739).

- Relató que el 31 de mayo de 2014 el paciente consultó por un cuadro de edema y sensación de masa a nivel mandibular bilateral acompañado de malestar general, al realizar el examen físico correspondiente detectó edema a nivel mandibular bilateral y dolor a la palpación, junto con signos vitales dentro de los rangos normales, es decir todos los síntomas indicaban un diagnóstico de parotiditis, aunado a ello, el paciente en ningún momento presentó ni manifestó síntomas de una afectación respiratoria,

razón por la cual le formuló acetaminofén, N acetilcisteína y amoxicilina. Igualmente, manifestó que él cumplió con su deber como profesional de la salud de reportar este caso de parotiditis.

○ En lo que se refiere a la atención que le brindó al paciente el día 04 de junio de 2014, manifestó que en esa oportunidad el paciente consultó por fiebre, malestar general y episodios eméticos, al realizarle el examen físico se evidencia que en el paciente persisten los síntomas de la parotiditis. Adujo que el paciente no presentaba ningún signo de afectación pulmonar, por lo que no se tuvo en cuenta la infección respiratoria que había padecido el paciente 8 años atrás. Finalmente indicó que en ningún momento el paciente le comentó que había asistido al servicio de urgencias el día anterior, razón por la cual dicha consulta no aparece dentro de las anotaciones de la historia clínica. Manifestó que de las atenciones realizadas al paciente no encontró síntomas que pudiera dirigir a que el paciente padecía de una neumonía adquirida en la comunidad.

- Interrogatorio de parte rendido por el médico general Carlos Fernando Rojas Buitrago el día 12 de diciembre de 2017, quien en vigencia de su servicio social obligatorio atendió al señor Cesar Hernán Rincón (Q.E.P.D.) el día 05 de junio de 2014, y manifiesta que actualmente trabaja en la Clínica Medilaser de Tunja. De su declaración se resalta: (fls. 733 y cd visto a fl. 739).

○ Afirmó que atendió en horas de la madrugada del 05 de junio de 2014 al señor Cesar Hernán Rincón Caro (Q.E.P.D.), quién le manifestó que desde días anteriores presentaba fiebre, malestar general, dolor de cabeza y que le habían diagnosticado parotiditis, pero que pese a los medicamentos que le habían recetado la sintomatología persistía, tras realizarle el examen físico al señor Rincón Caro (Q.E.P.D.) y diagnosticarle un cuadro febril con parotiditis, ordenó dejar al paciente en observación en el servicio de urgencias con hidratación, manejo sintomatológico y para mantener las constantes vitales, y vigilancia médica; al valorar nuevamente la condición del paciente encontró que los síntomas persistían, así que ordenó que continuara en observación, con el debido manejo farmacológico y se realizaran exámenes paraclínicos de cuadro hemático, proteína reactiva y una radiografía de tórax en pro de encontrar la causa del cuadro clínico que presentaba. Aclaró que la atención que prestó al paciente fue únicamente desde las 3 o 4 de mañana, hora de ingreso del paciente al Hospital y hasta las 7 de la mañana, hora en que terminó su turno en la institución de salud, igualmente afirmó que cuando atendió al paciente no tuvo acceso a la historia clínica, puesto que esta reposaba en el archivo del Hospital y no se encontraba sistematizada. Por último, refirió que se encuentra imposibilitado para indicar la causa patológica del fallecimiento del paciente, puesto que únicamente conoció el estado físico

del paciente durante el tiempo que lo atendió, y no tuvo conocimiento de la evolución posterior para pronunciarse al respecto.

- Interrogatorio de parte rendido por la médica general Ángela María Lince González el día 12 de diciembre de 2017, quien en vigencia de su servicio social obligatorio atendió al señor Cesar Hernán Rincón (Q.E.P.D.) el día 05 de junio de 2014, y manifiesta que actualmente se encuentra cursando una especialización en pediatría. De su declaración se resalta: (fls. 734 y cd visto a fl. 739).

○ Manifestó que se encontraba en su turno de urgencias cuando recibió al paciente, quién presentaba un síndrome febril, igualmente recibió el resultado de los exámenes de laboratorio donde se evidencia una ligera elevación de las células de la inflamación y la radiografía de tórax que sugiere una opacidad en el pulmón derecho, en razón a estos resultados dio un diagnóstico presuntivo de Neumonía Adquirida en la Comunidad, ordenando administrar al paciente antibióticos intravenosos, líquidos, oxígeno y por consiguiente hospitalizarlo. Afirmó que los resultados de los exámenes paraclínicos indicaron la presencia de un foco infeccioso, pero que no se puede determinar desde cuando se presentó dicha infección. Afirmó que cuando ella examinó al paciente no presentaba síntomas de parotiditis, y que esto se pudo presentar debido a que el cuadro de parotiditis haya estado en resolución para el momento en que ella realizó su valoración, pues cada paciente evoluciona de manera diferente.

○ Por otra parte, expresó que el diagnóstico de Neumonía Adquirida en la Comunidad fue clasificada como tipo 2A, la cual podía ser tratada en la ESE Hospital Regional de Miraflores ya que contaba con la infraestructura necesaria, en base a la clasificación dada por la Asociación Colombiana de Infectología que indica que la NAC de tipo 1 es de manejo ambulatorio, de tipo 2 es de manejo interhospitalario como en el presente caso y de tipo 3 requiere manejo en Unidad de Cuidado Intensivo.

○ Aseveró que a las 2 de la tarde del 05 de junio de 2014 recibió un llamado de enfermería por desaturación del paciente lo cual le hizo pensar que era parte de la misma neumonía y por tanto ordenó la hospitalización del paciente, en razón a esto aclaró que no volvió a atenderlo pues ya no pertenecía a los pacientes del área que ella manejaba en ese momento.

○ Finalmente, informó que no se puede precisar cuánto tiempo llevaba el paciente con esta enfermedad, pues la Neumonía Adquirida en la Comunidad se desarrolla de manera diferente en cada paciente, algunos pueden desarrollarla en varios días y otros en cuestión de horas. En razón a lo anterior, perfectamente se puede presentar que el paciente un día no

presente ningún síntoma y al día siguiente presente toda la sintomatología de una infección respiratoria.

○ PREGUNTADO, conforme a todo lo que usted observó en el paciente mientras tuvo contacto con él, de acuerdo con el cuadro clínico, los antecedentes que él mismo presentaba, a los resultados del examen físico que usted le realizó al paciente, al resultado de los exámenes clínicos y paraclínicos que se encontraron, según su criterio cuál cree usted, su apreciación médica cuál puede ser la causa que originó la muerte del señor Cesar Rincón (Q.E.P.D.). CONTESTÓ, *“considero que fue una insuficiencia respiratoria, que fue rápidamente instaurada, después del manejo inicial el paciente presentó deterioro progresivo que pudo haber sido causado inicialmente por la Neumonía Adquirida en la Comunidad y se denomina infección respiratoria aguda grave”*.

○ PREGUNTADO, es normal que un paciente en un día de un cuadro clínico de neumonía, que en el anterior día no tenía ningún síntoma claro de neumonía, en un día pueda perder perfectamente la vida. CONTESTÓ, *“sí señor, se denomina infección respiratoria grave aguda inusitada, rápida progresión de forma atípica”*.

○ Precisó que para el momento en que ella atendió al paciente la sintomatología que presentaba era de segundo grado de complejidad, por lo tanto, podía ser atendida debidamente por el Hospital Regional de Miraflores, y que lo anotado en la historia clínica por sus colegas respecto a la necesidad de remitir al paciente a otro centro hospitalario, muy posiblemente se debió a un cambio en las condiciones que presentaba, es decir a la evolución que este tuvo después de que ella lo atendió.

○ Preguntado, a qué horas dispuso la aplicación del antibiótico ampicilina sulbactam, Contesto: una vez se hace el diagnóstico, inmediatamente queda consignado y ordenado que hay que iniciar el antibiótico.

○ Preguntado, para la hora que atendió al paciente el Hospital Regional de Miraflores, contaba con la capacidad física para atender el cuadro médico que presentaba el señor Cesar Hernán Rincón, contesto: el Hospital es de segundo nivel en donde contamos con servicio de hospitalización para manejo con antibiótico para el momento en que ella valoro contaba con la infraestructura.

○ Preguntado, por qué piensa que los médicos que la atendieron posteriormente determinaron que se debía realizar una remisión a un Hospital de mayor nivel, Contesto, porque es diferente el paciente que ella atendió al paciente que los médicos posteriores atendieron, ya que la evolución del paciente ya era diferente.

- Interrogatorio de parte rendido por la médica general Diana Dioselina León Romero el día 12 de diciembre de 2017, quien atendió al señor Cesar Hernán Rincón (Q.E.P.D.) el día 05 de junio de 2014, y manifiesta, que actualmente trabaja en la ESE Hospital Regional de Miraflores. De su declaración se resalta: (fls. 735 y cd visto a fl. 739).

o Señaló que atendió al señor Cesar Hernán Rincón Caro (Q.E.P.D.) desde el momento que ingreso al área de hospitalización donde ella estaba de turno, y que cuando se ordenó la hospitalización no había disponibilidad de camas. Adujo que cerca de las cinco de la tarde la madre del paciente le solicitó que lo revisará porque lo veía muy mal, cuando ella revisó al paciente lo encontró con dificultad respiratoria, inestable, lo dejó monitorizado, revisó la historia clínica y luego ordenó administrar un bronco dilatador, el paciente estaba expectorando y sus padres le solicitaron trasladarlo inmediatamente a lo que ella les explico tanto al paciente como a sus padres, que él se encontraba inestable, con oxígeno y no era procedente remitirlo en ese estado, que se debía esperar a que el medicamento lo estabilizará o a que fuera necesario realizarle una intubación endotraqueal, para remitirlo. Pese a que al paciente se le administró medicamento, bronco dilatador, micronebulizaciones no presentó mejoría, por lo cual a las 7:30 p.m. les manifestó al paciente y a sus padres, que la dificultad persistía y por tanto podría presentar una falla ventilatoria, siendo procedente realizar la intubación endotraqueal para remitirlo, así que el paciente fue llevado a reanimación y a las 7:40 pm llamó al anesthesiólogo para que realizará dicho procedimiento, en medio de la intubación rápida, el paciente entró en un paro cardiorrespiratorio, razón por la cual se realizaron las maniobras de reanimación durante una hora, no obstante el paciente falleció.

o Expuso que en el momento que ella revisó al paciente únicamente presentaba síntomas de un síndrome de dificultad respiratoria aguda, ya no evidenciaban síntomas de parotiditis, pero precisó que en la historia clínica a la que ella tuvo acceso, que fue la correspondiente a la atención brindada en urgencias sí estaba la anotación de parotiditis, pero no conoció la historia clínica de las consultas anteriores, dado que ésta reposaba en el archivo.

o Manifestó que, desde que tuvo contacto con el paciente, tenía dificultad respiratoria, en primer momento por ser un paciente joven consideró que con la administración de bronco dilatador, micronebulizaciones, al administrarle corticoides, diuréticos, hace pensar que el paciente debe empezar a mejorar la respuesta inflamatoria que tenía en el pulmón, pero el paciente cada vez estaba peor, la dificultad respiratoria se iba agudizando más, la presión de oxígeno iba

disminuyendo, la frecuencia respiratoria iba aumentando, la frecuencia cardiaca también aumentaba, el paciente iba deteriorando muy rápidamente.

- Interrogatorio de parte rendido por la doctora Ángela María Montañez Pérez el día 12 de diciembre de 2017, quien atendió al señor Cesar Hernán Rincón (Q.E.P.D.) el día 5 de julio de 2014 en el turno, de la noche (7:00 p.m.), manifiesta que actualmente reside en la ciudad de Bogotá, realizando primer año en la especialidad de oftalmología. De su declaración se resalta: (fls. 736; cd visto a fl. 739).

○ Afirmó que recibió turno a las 7:00 p.m., en la entrega su compañera le manifestó que se encontraba un paciente en eminencia de falla ventilatoria, que requiere aseguramiento de la vía aérea, que es cuando se entuba un paciente para traslado primario, esto se debe hacer por seguridad del paciente, el paciente no se puede remitir sin asegurar la vía aérea por las condiciones en las que se encontraba el paciente, estaban en el proceso de realizar el procedimiento de intubación cuando entro en paro cardiorrespiratorio, manifestó que ella participo en el proceso de reanimación, ya que era su turno.

○ Al preguntársele, si la infección respiratoria aguda inusitada, quiere decir que en un día se puede causar y terminar con la vida de una persona, quien contestó que afirmativamente.

○ Al preguntarle porque consideraba que al paciente en días anteriores le fue diagnosticada una parotiditis y al día siguiente el paciente murió producto de una infección respiratoria aguda asociada, porque cree usted que un día el diagnóstico es uno y al otro día el diagnóstico cambia, contestó que no se puede referir del estado del paciente el día anterior ya que ella solo conoció el paciente al momento de la entrega de turno, pero las patologías se pueden presentar simultáneamente, de hecho que uno tenga un diagnostico no quiere decir que no tenga otro o que pueda empezar a presentar otro como un evolución.

○ Al preguntarle, desde el momento en que empezó el momento de reanimación hasta la muerte cuanto tiempo ha pasado, quien señaló que más o menos 3 horas.

- Cuestionario rendido por el perito Dr. Jaime Arturo Hernández Ruiz, médico Especialista en Medicina Interna, profesional designado por la Universidad Nacional de Colombia, dentro del cuestionario el Despacho resaltará: (fls. 810-814).

○ **“2. SEGÚN LA LITERATURA MÉDICA, ¿DIGA QUE ES Y QUE SIGNIFICA UNA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD, COMO SE REALIZA SU DIAGNÓSTICO, Y CUÁL ES SU TRATAMIENTO?”**

- **RESPUESTA.** La Neumonía Adquirida en la comunidad consiste en la infección del parénquima pulmonar por gérmenes como bacterias, virus, hongos, paracitos etc., adquiridos fuera del ámbito hospitalario. En personas que tienen un sistema inmune competente, los gérmenes más frecuentes implicados son bacterias como el neumococo y el *Haemophilus influenzae*; y virus como la influenza (estacional, H1N1, etc.). En pacientes con compromiso inmunológico, como los pacientes con SIDA, puede ocurrir infección por gérmenes oportunistas como el *Pneumocistis* o preentar (sic) cursos clínicos complicados incluso por bacterias o virus comunes. Usualmente los pacientes con neumonía adquirida en la comunidad presentan un cuadro de fiebre, tos, expectoración purulenta y dificultad respiratoria, asociado a dolor torácico en algunos casos. Puede estar precedido por un cuadro respiratorio alto (secreción nasal, dolor faríngeo, disfonía, etc); dependiendo de la severidad, al examen físico, se puede encontrar aumento de la frecuencia respiratoria y cardíaca , (sic) ruidos anormales en el pulmón y cianosis (coloración violácea en manos , pies y lengua por falta de oxigenación) El diagnóstico se hace con un cuadro clínico compatible (como el señalado previamente) , (sic) y exámenes que demuestren la infección del pulmón (aumento de glóbulos blancos en el hemograma y aumento de la proteína c reactiva en sangre, disminución de oxígeno en la sangre (por gases arteriales o baja saturación en la oximetría de pulso) y muy importante, la presencia de opacidades en el pulmón en la radiografía de tórax. También se pueden encontrar gérmenes en cultivos de secreción y sangre, en algunos casos. (...)

○ **4. CONFORME A LO REGISTRADO EN LA HISTORIA CLINICA, ¿CUAL FUE EL MOTIVO DE CONSULTA Y EL DIAGNOSTICO RESPECTIVO DE LA ATENCION MEDICA RECIBIDA POR EL SEÑOR CESAR HERNAN RINCON CARO EL 31 DE MAYO Y EL 3, 4 Y 5 DE JUNIO DE 2014?**

- Mayo 31 de 2014:

Motivo de consulta: dolor en mejillas y edema facial bilateral.

Diagnostico Parotiditis aguda.

Salida con recomendaciones

NO HAY Historia Clínica Del día 3 DE JUNIO DE 2014

Junio 4 de 2014: motivo de consulta: Parotiditis.

Diagnóstico: parotiditis.

Salida con recomendaciones

JUNIO 5 DE 2014: Motivo de consulta: reingreso por cuadro febril, parotiditis y dificultad respiratoria.

Diagnósticos: NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD, IRAG INUSITADA, INMUNODEFICIENCIA? ,(sic) FALLA VENTILATORIA, PARO CARDIORESPIRATORIO, MUERTE.

EGRESA FALLECIDO.

- **5. ¿DIGA SI CONFORME A LO CONSIGNADO EN LA HISTORIA CLINICA DEL SEÑOR CESAR HERNAN RINCON CARO Y DESDE EL MISMO MOMENTO EN QUE FUE ATENDIDO LOS DIAS 31 DE MAYO, 3, 4 Y 5 DE JUNIO DE 2014, SE SOSPECHABA DE UN FOCO INFECCIOSO A NIVEL PULMONAR QUE AFECTARA, ¿CONFORME A LOS ANTECEDENTES MEDICOS QUE EL MISMO REGISTRABA?**

RESPUESTA:

En las atenciones del 28 de mayo y del 4 de junio de 2014, no hacen referencia a síntomas respiratorios ni hallazgos a nivel pulmonar. No hacen mención a sospecha de problema infeccioso a nivel pulmonar.

En la atención del 5 de junio se hace mención a la presencia de fiebre y dificultad respiratoria, encuentran taquicardia, polipnea, baja saturación e hipoventilación bibasal. Ordenan traslado a observación y solicitan Rx de tórax. En esta atención se sospechó la presencia de una patología respiratoria que luego se confirmó.

El antecedente del año 2006 posiblemente no tiene relación directa con el cuadro actual, ya que no se hace mención en la historia clínica a una neumopatía residual luego del procedimiento quirúrgico al que fue sometido en el paciente.

- **6. ¿INDIQUE SI DURANTE LA ATENCION MEDICA QUE RECIBIO EN LOS MESES DE MAYO Y JUNIO DE 2014 AL PACIENTE, SE LE ORDENARON LOS EXAMENES NECESARIOS PARA DESCARTAR O CONFIRMAR UN FOCO INFECCIOSO PULMONAR?**

RESPUESTA:

El 5 de junio de 2014, cuando se generó la sospecha de un cuadro infeccioso pulmonar, se realizó pulsooximetría y se solicitó por parte de Medicina los siguientes estudios: hemograma, proteína c reactiva y radiografía de tórax. Aparece nota de enfermería en la que se registra la toma de dichos estudios. No hay solicitud de gases arteriales, pero se debe verificar la disponibilidad de dicho examen en el hospital para el momento de la atención. Consideró que se solicitaron los estudios pertinentes para confirmar la sospecha de proceso infeccioso pulmonar. (subrayado por el Despacho).

- **7. DIGA SI AL MOMENTO DE CONSULTAR POR URGENCIAS Y AL REINGRESO DEL PACIENTE CESAR HERNAN RINCON CARO Y DE ACUERDO A SU DIAGNOSTICO AMERITABA FALLA RESPIRATORIA QUE AMERITARA SU REMISIÓN URGENTE A UNA UCI DONDE SE TENGAN SOPORTES DE VENTILACION RESPIRATORIA DE MAYOR NIVEL?**

(...).

Respuesta:

Paciente que desde su ingreso a Urgencias el día 5 de junio de 2014 presentaba indicación de hospitalización por proceso infeccioso respiratorio bajo (Sospecha de Neumonía adquirida en la comunidad) en paciente con enfermedad viral aguda (parotiditis) : presentaba taquicardia, polipnea , saturación baja aun con suplemento de oxígeno . No hay gases

arteriales ni otros paraclínicos que hubieran ayudado a clasificar mejor el paciente. Se clasificó en historia clínica como NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD GRUPO 2 A, no señalan con cual escala se hizo la clasificación. (Si se utilizó CURB -65: Grupo II: puntaje de 2; mortalidad, 9,2%; considerar tratamiento hospitalario o vigilancia ambulatoria estricta). No llenaba inicialmente criterios mayores para hospitalización en UCI (necesidad de intubación orotraqueal o choque séptico (necesidad de vasopresores) pero el deterioro de la oxigenación luego de unas horas de estancia hospitalaria sugería que necesitaba una vigilancia estricta en unidad de cuidados intensivos o por lo menos en cuidados intermedios. Desafortunadamente no se puede hacer una evaluación estricta para ver si el paciente cumplía tempranamente al menos 3 criterios menores según la clasificación IDSA / ATS para definir la necesidad de UCI, pero la evolución clínica era muy sugestiva. **En mi opinión el paciente, a su ingreso no presentaba falla respiratoria, pero la desarrolló unas horas después de su ingreso.**

- **8. INDIQUE SI CONFORME AL NIVEL DE SAT O2 DE 84 % Y DEMAS SIGNOS QUE PRESENTABA EL PACIENTE LOS DIAS 4 Y 5 DE JUNIO DE 2014 AMERITABAN QUE FUERA REMITIDO DE FORMA URGENTE A UNA UCI EN DONDE SE TUVIERAN SOPORTE DE VENTILACION MECANICA DE MAYOR NIVEL?**

RESPUESTA:

El solo valor de la saturación de oxígeno no es indicativo de la remisión inmediata a UCI. Hay pacientes que mejoran con el aporte suplementario de oxígeno y con otras medidas (antibióticos, terapia respiratoria, etc) y se pueden manejar en hospitalización general. El deterioro progresivo de la oxigenación, la falta de respuesta al manejo, el deterioro de la mecánica respiratoria y, (sic) la presencia de dos criterios mayores o al menos 3 criterios menores, (sic) en la escala IDSA/ATS nos indican que el paciente debe ser manejado en cuidados intensivos. Si no se tienen los recursos de monitoreo (gases arteriales, por ejemplo) que permitan la detección temprana del deterioro respiratorio, se debe remitir el paciente de manera temprana y no esperar que se desarrollen criterios mayores para decir su remisión. En este caso, en el momento en el que se evidenció el deterioro y la falta de respuesta al manejo. Unas pocas horas luego de su ingreso, debió tomarse la decisión de remisión a un nivel superior. Según la historia clínica. La decisión se tomó cuando se documentó clínicamente que el paciente estaba en inminencia de falla respiratoria. Previo a la intubación. El paciente presentó para cardíaco refractario al manejo unos minutos después.

- **9. DETERMINE SI DE ACUERDO A LO REGISTRADO EN LA HISTORIA CLINICA Y LOS ANTECEDENTES MEDICOS DEL PACIENTE CESAR HERNAN RINCON CARO, LA ATENCION RECIBIDA POR EL PACIENTE PARA LOS DIAS 31 DE MAYO Y 3, 4 5 DE JUNIO DE 2014, FUE PERTINENTE Y ADECUADA Y SI LA MISMA SE EFECTUO CONFORME A LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS PARA ESTE TIPO DE EVENTOS?**

RESPUESTA:

Atención del 31 de mayo de 2014: Dx Parotiditis. Considero que la atención fue adecuada y pertinente según diagnóstico y protocolos.

Atención del 4 de junio: Llama la atención la presencia de taquicardia marcada (136 por min) que no se puede explicar solo por el proceso viral que presentaba el paciente ; (sic) no es claro si le tomaron saturación , la cual si estaba disminuida hubiera alertado sobre el proceso pulmonar que se detectó 24 horas más tarde. Según la nota, el paciente egreso en mejores condiciones, pero no hay signos vitales de egreso. No puedo opinar sobre pertinencia dada la falta de información.

ATENCIÓN DEL 5 DE JUNIO DE 2018: Enfoque apropiado del caso desde el inicio, se sospechó la condición respiratoria y se solicitaron paraclínicos pertinentes. Se inició manejo antibiótico y soporte de líquidos y medicamentos según diagnóstico. Retraso en la decisión de la remisión a tercer nivel a pesar de evidencia de deterioro respiratorio y de signos vitales con el manejo instaurado. Atención apropiada del evento de falla respiratoria y del paro cardiorrespiratorio.

- Copia de anexos bibliográficos y hoja de vida del médico Jaime Arturo Hernández Ruíz, profesional que fue designado por la Universidad Nacional de Colombia, para realizar el dictamen pericial decretado dentro del presente proceso. (fls. 907-927).

- Discusión del dictamen pericial rendido por el doctor Jaime Arturo Hernández Ruíz, realizada el día 29 de enero de 2019, médico cirujano, especialista en medicina interna, profesor asociado al Departamento de Medicina Interna de la Universidad Nacional de Colombia, y a quién le consta lo que pudo establecer del peritaje que realizó a la historia clínica, manifiesta que no tiene parentesco, ni vínculos laborales o comerciales con las partes. De su declaración se resumirá lo siguiente: (fls. 928 vto-930 y cd visto a fl. 932).

○ Manifestó que su peritaje solo hace referencia la atención brindada al paciente los días 31 de mayo, 04 y 05 de junio de 2014, dado que en la historia clínica que le fue remitida no encontró registro del día 03 de junio de 2014.

○ Relató que no puede opinar sobre la pertinencia del egreso del paciente el día 04 de junio de 2014, en vista de que no existe la suficiente información del estado que presentaba el paciente, dado que solo se indica que el paciente egreso en mejores condiciones, sin embargo, no se realizó una descripción del estado del paciente, puesto que no se encuentran registrados los signos vitales, la frecuencia cardiaca, la frecuencia respiratoria, la tensión arterial, el estado de conciencia, datos relevantes para determinar la pertinencia o no del mencionado egreso.

○ Respecto a la atención brindada al paciente el día 31 de mayo de 2014, manifestó que fue adecuada y pertinente desde el punto de vista de diagnóstico y protocolos establecidos para el manejo de parotiditis, aunado

a que en ese momento no se registró que el paciente presentará una complicación mayor.

○ Señaló que el primer síntoma o signo de respuesta ante la falta de oxígeno es la taquicardia, y el día 04 de junio de 2014 el paciente presentaba un valor bastante alto, pues está registrada una frecuencia cardiaca de 136 latidos por minuto, lo cual no coincide con un proceso viral como lo es la parotiditis. Aunque la fiebre y el dolor pueden producir taquicardia, dado que cada grado de temperatura aumenta en 10 latidos por minuto, pero en este caso no se encontró anotación de la temperatura del paciente, por lo tanto, no puede indicar si la fiebre es o no la razón de la taquicardia que el paciente presentó ese día.

○ En lo que se refiere a la atención brindada al paciente por los profesionales de la salud el día 05 de junio de 2014, aseveró que el manejo médico fue el adecuado, pues la atención estuvo enfocada apropiadamente desde un inicio e incluso en el evento de falla respiratoria y del paro cardiorrespiratorio. De igual forma, manifestó que su única objeción es respecto a la remisión del paciente, sin embargo, sostuvo no evidenciar un tema de negligencia sino de necesidad de mejorar la clasificación del riesgo de los pacientes, no solo que presenten neumonías sino otros tipos de patologías en pro de mejorar la seguridad en la atención.

○ Preciso que el paciente presentó un cuadro de infiltrados pulmonares que progresa rápidamente a una falla respiratoria sugiere la presencia de una IRAG inusitada, un cuadro que son severos e impredecibles y se han venido presentado con mayor frecuencia desde la llegada de la influenza H1N1.

○ Pregunto. Cuál es la sobrevida de una infección respiratoria aguda inusitada contestó. Para una neumonía de categoría 4 o 5, la mortalidad es del 9% al 27%.

○ Reafirmó que desde las dos de la tarde del 05 de junio el paciente ya llenaba los criterios para ser trasladado a UCI, en razón al rápido deterioro que presentó el paciente, debiendo ser remitido a un tercer nivel desde el servicio de urgencias, sin embargo, aclaró que desconoce si el Hospital de Miraflores tiene un tipo de procedimiento interno que obligue a que los pacientes en condición crítica sean remitidos al servicio de hospitalización, en pro de realizar un mejor monitoreo.

○ Señaló que la tasa de mortalidad y el curso clínico de estos pacientes con cuadros inusitados es muy alta, incluso realizando todas las intervenciones pertinentes, porque no se puede frenar el daño pulmonar ocasionado por las defensas del mismo paciente, razón por la cual no es

posible de garantizar la vida de un paciente con una IRAG inusitada y un daño pulmonar severo.

○ Adicionalmente, aclaró que la parotiditis en adultos suele ser más compleja, y por otra parte los cuadros inusitados usualmente se presentan debido a que el paciente muestra una respuesta de defensa tan agresiva contra el virus, atacando no solo el virus sino también los tejidos propios, ocasionando un terrible daño pulmonar.

X. CASO CONCRETO

ELEMENTOS DE LA RESPONSABILIDAD EXTRACONTRACTUAL

10.1. El daño

El daño es toda lesión o menoscabo de un interés jurídico que la persona no está en el deber jurídico de soportar. Para su configuración, es necesario que se verifique que es cierto, personal y antijurídico.

El daño constituye desde la óptica de los hechos un fenómeno de orden físico, esto es, la aminoración o alteración de una situación favorable de la persona (elemento material); ahora, la calificación de su antijuridicidad depende de su oposición directa con el ordenamiento jurídico, en la medida en que éste no imponga la obligación de soportar la carga dañosa (elemento formal).

Así las cosas, se tiene que el daño se concreta con el fallecimiento del señor Cesar Hernán Rincón Caro el 05 de junio de 2014²⁵ en las instalaciones de la E.S.E. Hospital Regional de Miraflores.

10.2. Imputabilidad del daño a los demandados

Establecida la existencia del daño es necesario verificar si este es imputable o no a los demandados.

La imputación del daño al Estado depende de que su causación obedezca a la acción u omisión de la autoridad, o en otras palabras que en desarrollo del servicio público o en nexos con él se cause un daño (elemento fáctico), excluyendo de esa forma el hecho personal del agente; además, para el presente asunto, se exige que la actuación estatal haya sido irregular, tardía o negligente (elemento jurídico).

En la demanda se alega la responsabilidad de la administración en la prestación del servicio médico al señor Cesar Hernán Rincón Caro (Q.E.P.D.), por cuanto según la parte actora, el procedimiento hospitalario

²⁵ Ver folio 92, Registro civil de Defunción

adelantado en Hospital Regional de Miraflores se prestó con negligencia, omisión e irresponsabilidad al no brindar la atención clínica adecuada y oportuna a la sintomatología del paciente, así como en la demora en la remisión o de traslado inmediato al Hospital San Rafael de Tunja.

Contrario a lo afirmado por los actores, el Despacho considera que el daño no resulta imputable a la administración y demás vinculados al proceso como pasa a explicarse:

Del material probatorio recabado se puede determinar, en primer término, que el señor Cesar Hernán Rincón Caro (Q.E.P.D.), asistió el 31 de mayo de 2014 al Hospital Regional de Miraflores. De la atención médica y de conformidad con la historia clínica, fue diagnosticado por parte del galeno David Fernando Rátiva Ramos con “parotiditis aguda”. Sobre este diagnóstico, el profesional de la medicina explicó que “(...) *al realizar el examen físico correspondiente detecto edema a nivel mandibular bilateral y dolor a la palpación, junto con signos vitales dentro de los rangos normales, es decir todos los síntomas indicaban un diagnóstico de parotiditis, aunado a ello, el paciente en ningún momento presentó ni manifestó síntomas de una afectación respiratoria, razón por la cual le formuló acetaminofén, N acetilcisteína y amoxicilina*”. Sobre la prescripción de estos medicamentos, declaró que formuló el antibiótico amoxicilina debido a que existen parotiditis por una inflamación donde puede haber una estenosis o una disminución del diámetro de los conductos salivares que puede derivar a una infección bacteriana.

Sobre la valoración y procedimiento clínico adelantado, se observa que el dictamen pericial rendido por el médico Daniel E. Barbosa P, da cuenta que el diagnóstico de la parotiditis es clínico, el manejo es sintomático con analgésicos y antipiréticos, en ocasiones se puede considerar el uso de antibióticos, así mismo encontró que al paciente se le recomendó aislamiento domiciliario para evitar contagios²⁶. Descripción que coincide con los procedimientos realizados el 31 de mayo de 2014 y sobre los cuales da cuenta la historia clínica.

En armonía con lo anterior, en el dictamen rendido por el doctor Jaime Hernández Ruiz, también consideró que la atención fue adecuada y pertinente según el diagnóstico y protocolo²⁷.

Así entonces en lo que atañe a la atención del día 31 de mayo de 2014, encuentra el Despacho que según al material probatorio, no se evidencia que hubiere negligencia omisión o irresponsabilidad con la atención prestada al señor Cesar Hernán Rincón (Q.E.P.D.).

²⁶ Ver folio 372

²⁷ Ver folio 814

Sobre la atención de 3 de junio de 2014, el Despacho advierte que solo fue posible determinarla a partir del interrogatorio rendido por la médica Nadia Celestina del Carmen Murillo Pérez, quien manifestó que atendió al señor Cesar Hernán Rincón (Q.E.P.D.), el día 3 de junio de 2014, en el área de urgencias del Hospital Regional de Miraflores, quien realizó el proceso de triage²⁸, tomando los signos vitales e interrogando al paciente. Según su relato, el señor Rincón le manifestó que ya había sido atendido en urgencias anteriormente pero sin dar mayor detalle, que tenía cefalea y presentaba edema sub maxilar bilateral. Luego de realizar el debido examen físico en el cual advirtió la cicatriz que presentaba en el tórax procedió a indagarlo sobre el particular ante lo cual el paciente señaló haber tenido una cirugía a raíz de una infección pulmonar. Por ende, la médico procedió a realizar una auscultación sin que hubiere hallazgos que indicaran alguna anomalía a nivel pulmonar, fiebre u otro síntoma que alertara que su vida estaba en peligro, razón por la cual, se le ordenó un analgésico más potente para el tratamiento de la parotiditis siendo remitido a una cita prioritaria. Declaró que la atención brindada no fue consignada en la historia clínica, esto debido a que para esa época se llenaba otro formato diferente para el diligenciamiento de triage.

En este punto, es importante traer a colación lo dispuesto en el Decreto No. 4747 de 2007, aplicable para la época de los hechos, que en su artículo 10, dispuso la incorporación de un sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias, denominado "Triage", el cual será de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud que tengan habilitados servicios de urgencias, sin embargo, no se dijo nada respecto de la inscripción en la historia clínica o archivo del procedimiento médico "Triage". Solo con la Resolución 5596 del 24 de diciembre de 2015²⁹, que en su artículo 10 estipuló la obligación a las instituciones prestadoras de servicios de salud a garantizar el registro de la información del "Triage" de todo paciente que ingrese al servicio de urgencias, disposición que no aplica para el caso bajo estudio ya que los hechos ocurrieron en el año 2014.

De acuerdo con la anterior declaración, la cual es contrastada con los demás elementos de convicción allegados y practicados en el proceso, el Despacho considera que no existen razones para suponer que un cuadro de neumonía fue ignorado por la profesional de la medicina. Por la descripción que hace de los hallazgos del paciente, el Despacho considera que la atención recibida por el señor Cesar Hernán Rincón (Q.E.P.D.) el

²⁸ Afirmó la médica en su interrogatorio que en urgencias se realiza una valoración que da una calificación de triage I, es una urgencia vital; triage II y III requiere atención en urgencia, pero si es triage IV y V, el paciente no recibe una atención en urgencia si no que se deriva a una consulta externa, por lo que el momento en que valoró al paciente no cursaba con nada que pusiera en peligro su vida.

²⁹ Dictada por el Ministerio de Salud y Protección Social "Por la cual se definen los criterios técnicos para el Sistema de Selección y Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias "Triage"

día 3 de junio de 2014, resultó acorde con su sintomatología y no existen signos a nivel pulmonar ni otros síntomas de alarma que le indicara que su vida corría peligro, incluso se determinó que el paciente continuaba con síntomas de parotiditis sin complicaciones y en tratamiento, por lo que en su momento no recibió atención en urgencias, se aumentó el medicamento analgésico (ibuprofeno) y se envió por consulta prioritaria.

El Despacho tampoco encuentra que para el día 4 de junio de 2014, en la nueva valoración realizada no se encontraron signos de afectaciones pulmonares ni otras complicaciones. Las pruebas practicadas demuestran que para ese día el paciente volvió a consulta, siendo atendido nuevamente por el médico David Fernando Rátiva Ramos, quien en su interrogatorio relató *“que en esa oportunidad el paciente consultó por fiebre, malestar general y episodios eméticos, al realizarle el examen físico se evidencia que el paciente persiste los síntomas de la parotiditis. Indicó que no presentaba ningún signo de afectación pulmonar, por lo que no se tuvo en cuenta la infección respiratoria que había padecido el paciente 8 años atrás, que en ningún momento el paciente le comentó que había asistido al servicio de urgencias el día anterior y de la valoración realizada al paciente no encontró ningún síntoma que pudiera dirigir a que tenía una neumonía adquirida en la comunidad”*.

Estas afirmaciones son corroboradas por el dictamen rendido por el médico Daniel E. Barbosa P, quien afirmó que de la valoración efectuada el 4 de junio de 2014, no se permitía sospechar ninguna complicación ni patología como adicional a la parotiditis ya diagnosticada y en tratamiento. El paciente no se refirió tos, producción de esputo o dolor torácico, y los ruidos respiratorios fueron registrados como sin agregados, es decir, sin estertores ni ruidos bronquiales, por lo que no había forma de sospechar alguna patología en los pulmones dando tratamiento sintomático y ante la mejoría referida por el paciente se ordenó dar de alta con recomendaciones.

Es relevante indicar que a la pregunta sobre el síndrome de shock tóxico, el perito aseveró: *“es una enfermedad rara, pero de consecuencias fatales causadas por una toxina bacteriana, (...) cursa con fiebre elevadas, hipotensión súbita”*. Al indagársele si el señor Cesar Hernán Rincón (Q.E.P.D.), pudo presentar un síndrome de shock tóxico, respondió: *“Si. De acuerdo con los registros de la historia, es posible que el 4 de junio la afección pulmonar detectada en la autopsia estuviera cursando de forma subclínica, razón por la cual durante la valoración realizada por el Dr. Rátiva no se evidenciaron hallazgos al examen físico que permitirán hacer el diagnóstico de neumonía. Cuando la enfermedad se hizo evidente en la consulta del 5 de junio, el paciente presentó un rápido deterioro con choque fulminante que lo llevó a la muerte en pocas horas”*, agregó que la consulta

del 4 de junio fue adecuada, ya que no permitía inferir sospechas ninguna complicación ni patología adicional a la parotiditis ya diagnosticada y en tratamiento.

Por su parte, en el dictamen rendido por el médico Jaime Hernández Ruiz, en la pregunta 9, sobre la consulta del 4 de junio de 2014, manifestó: *“llama la atención la presencia de taquicardia marcada (136 por minuto) que no se puede explicar por el proceso viral que presentaba el paciente; (sic) no es claro si le tomaron saturación (sic) la cual si estaba disminuida hubiera alertado sobre el proceso pulmonar que se detectó 24 horas más tarde”*. Sin embargo, a lo manifestado en el dictamen el Despacho resaltará que en la historia clínica y en audiencia de contradicción de dictamen del 29 de enero de 2019, se recalcó que al señor Cesar Hernán Rincón (Q.E.P.D.), si le tomaron la saturación de oxígeno, dando como resultado SPO2 96%³⁰, la cual se considera un resultado normal, evidenciándose que al momento del ingreso el paciente no presentaba síntomas de afectación pulmonar, continuándose con el tratamiento de parotiditis, finalmente se da salida por presentar mejoría en el cuadro clínico. Si bien no existen signos vitales de egreso, existe nota medica en la historia clínica que señala: *“con mejoría de cuadro clínico de ingreso, se dan recomendaciones sobre curso de la patología y signos y síntomas de alarma”*³¹, lo que hace inferir al Despacho que el paciente fue dado de alta en mejores condiciones explicando síntomas de alarma para consultar nuevamente, evidenciándose que en ningún momento de la atención del 4 de junio de 2014, se comprobó síntomas de que el paciente estuviere cursando afectaciones pulmonares.

En este entendido, no encuentra el sustento probatorio suficiente que permita determinar la atención médica prestada el 4 de junio de 2014 resulta negligente en respuesta a la situación particular del paciente.

En cuanto a la atención suministrada el 5 de junio de 2014, el Despacho advierte que entre las 3 y 4 de la mañana, el señor Cesar Hernán Rincón (Q.E.P.D.), asistió nuevamente al Hospital Regional de Miraflores, siendo valorado por el médico Carlos Fernando Rojas. Sobre las condiciones en las que encontró al paciente luego de ser examinado, el médico relató:

“El paciente me manifestó que desde días anteriores presentaba fiebre, malestar general, dolor de cabeza y que le habían diagnosticado parotiditis pero que pese a los medicamentos que le habían recetado la sintomatología persistía”.

Conforme a lo anterior, en la historia clínica se reportan los siguientes datos: *“SOP2 de 84%, T 36°, TA 96/64, FC 140, FR 20 por minuto,*

³⁰ Ver folio 234, transcripción historia clínica

³¹ Ibidem.

aceptables condiciones generales, leve edema facial de predominio de región de mandíbula, RSRS³² hipoventilación bilateral”, diagnosticándole un cuadro sd febril, SDR³³ y parotiditis, ordenó dejar al paciente en observación en el servicio de urgencias con hidratación, manejo sintomatológico y para mantener las constantes vitales, y vigilancia médica”. Las anteriores pruebas, permiten evidenciar al estrado que durante el periodo que estuvo el galeno Rojas a cargo de la evolución del paciente y al no encontrar mejoras positivas, ordenó “realizaran exámenes paraclínicos de cuadro hemático, proteína c reactiva y una radiografía de tórax en pro de encontrar la causa del cuadro clínico que presentaba”, la atención prestada por el galeno fue hasta las 7 de la mañana de ese 5 de junio de 2014.

Posteriormente, el mismo 5 de junio de 2014, la médica Ángela María Lince G de turno en urgencias y observación, dejó consignada la siguiente nota médica siendo las 11:30 a.m. “refiere leve mejoría, se reciben paraclínicos, “HCTO³⁴:45.5 HB³⁵: 15.8, LEUCOS³⁶:19900, N³⁷:80%, L³⁸:15%, PCR³⁹: negativo, leucocitosis con neutrofilia, Rx tórax: con infiltrados ILEGIBLE difusos infiltrados alveolares con tendencia a consolidación en lóbulo basal derecho. Considero cuadro de neumonía adquirida en comunidad grupo 2^a en el momento oxigenorequiriente, inicio MNB, curva térmica antibioticoterapia se hospitaliza”. En la historia clínica se anotó los siguientes diagnósticos: “1. SX Febril, 2. SDR y 3. Neumonía Adquirida en la comunidad”, aunque en el documento no se aclara con cual escala se hizo la clasificación de neumonía adquirida en la comunidad grupo 2 A, en la indagación la dra. Angela María Lince G explicó que el grupo 2 A se refiere a una clasificación dada por la asociación colombiana de infectología, es el lineamiento que usan para el manejo de la neumonía adquirida en la comunidad donde se clasifican a los pacientes en grupo 1, 2 y 3, el grupo 1 es de manejo ambulatorio, el grupo 2 es de manejo de forma intrahospitalaria y el manejo 3 es para manejo de unidad de cuidado intensivo, declaró que como fue anotado en la historia clínica, para el momento de la valoración el paciente tenía una clasificación 2, dando un manejo intrahospitalario, que pueden ser tratadas en un Hospital de segundo nivel, como lo es el Hospital Regional de Miraflores E.S.E.

La anterior manifestación cobra mayor validez con la Guía de la Asociación Colombiana de Infectología⁴⁰, la cual fue allegada como prueba al presente proceso, y fue consultada por los profesionales peritos para rendir sus

³² RSRS- Ruidos Respiratorios.

³³ SDR- Síndrome de dificultad Respiratoria.

³⁴ Hematocrito.

³⁵ Hemoglobina.

³⁶ Leucocitos.

³⁷ Neutrófilos.

³⁸ Linfocitos.

³⁹ Proteína c-reativa.

⁴⁰ Ver folio 515 al 552, 914 al 927 entre otros.

dictámenes, en esta se puede observar la clasificación y el manejo que deben realizar los médicos para el tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad, concordando con lo expuesto por la médica Angela María Lince G en su interrogatorio.

En nota médica del mismo 5 de junio 2014, se afirmó *“14+05 PACIENTE DE 25 AÑOS (sic) DX, 1. SDR MODERADO, 2. Neumonía Adquirida En Comunidad, Se atiende llamado de enfermería refiere aumento de la disnea desaturación encuentro paciente en regular estado pálido con SDR dados por taquipnea tirajes intercostales y Subcostales TA: 109/72, FC 148X; FR 30X; SPO2 84%; FIO2: 31%. C/P= RS CS rítmicos taquicárdicos RS RS con hipoventilación con predominio en campo pulmonar derecho estertores ocasionales en 1/3 inferior resto de examen físico sin cambios. Paciente con dx de neumonía, aumento del trabajo respiratorio indico MNB⁴¹ esquema de crisis, aumento del FIO2, vigilancia estricta de patrón respiratorio y oximetrías, pendiente paso a hospitalización por no disponibilidad de camas”*. Según lo referido por la doctora Angela Lince inició manejo con medicamentos suplementarios para la vía aérea y ordenó la hospitalización de conformidad con la sintomatología que presentaba el paciente, como fue manifestado por los peritos, el tratamiento y procedimientos médicos fueron acordes con la literatura médica.

Al analizar la historia clínica se encuentra nota médica a las 4:45 p.m., donde se reportó, que persiste con dificultad respiratoria, desaturado 84% con ventury al 40%, taquicárdico, por lo cual aumentó FIO2 e inició corticoide sistémico, vigilancia estricta de patrón respiratorio, y en ese momento fue recibido en hospitalización de la institución médica.

Consecuentemente en el servicio de hospitalización es atendido el señor Cesar Hernán Rincón (Q.E.P.D.), por la doctora Diana León, quien refiere que fue llamada por los familiares quienes referían que *“veía mal a su hijo”* y solicitaban la remisión a un hospital de mayor complejidad, la galeno examina al paciente realizando nota médica a las 17:48, reporta que ingreso de urgencias con diagnóstico de neumonía y presenta sensación de ahogo, *“SO 76/78% con ventury al 50%, FR. 38X minuto, FS. 150X minuto, temperatura 36.8, con crepitos alveonares pulmonares, consciente y alerta, RX de tórax evidencia gran consolidado de base pulmonar derecha atelectasias, ordena medicamentos complementarios.*

En el interrogatorio rendido por la médica Diana León, señaló que: *“les explico tanto al paciente como a sus padres, que él se encontraba inestable, con oxígeno y no era procedente remitirlo en ese estado, que se debía esperar a que el medicamento lo estabilizará o a que fuera necesario realizarle una intubación endotraqueal, para remitirlo. Pese a que al*

⁴¹ Micronebulizaciones

paciente se le administró medicamento, bronco dilatador, micronebulizaciones no presentó mejoría, por lo cual a las 7:30 p.m. les manifestó al paciente y a sus padres, que la dificultad persistía y por tanto podría presentar una falla ventilatoria”, refiere que llamo al médico anesthesiologo de turno ya que es el especialista más idóneo en la institución para realizar la intubación orotraqueal del paciente, pero el paciente presenta paro cardiorrespiratorio al ir a realizar el procedimiento motivo por el cual se realiza una reanimación cardio pulmonar del paciente.

Así mismo del interrogatorio rendido por la médica Ángela María Montañez Pérez afirmó que: *“recibió turno a las 7:00 p.m., en la entrega su compañera le manifestó que se encontraba un paciente en eminencia de falla ventilatoria, que requiere aseguramiento de la vía aérea, que es cuando se entuba un paciente para traslado primario, esto se debe hacer por seguridad del paciente, el paciente no se puede remitir sin asegurar la vía aérea por las condiciones en las que se encontraba el paciente, estaban en el proceso de realizar el procedimiento de intubación cuando entro en paro cardiorrespiratorio, que ella participo en el proceso de reanimación, ya que era su turno.”* Lo que resalta que al momento de su valoración el paciente no podía ser remitido debió a la complicación de su cuadro clínico por lo que se procedió a realizar el aseguramiento de la vía aérea o proceso de intubación esto buscando estabilizarlo para proceder con la remisión a un hospital de tercer nivel.

Luego existe una nota de reanimación a las 20:00 horas, que reporta *“Paciente de 35 años hospitalizado con dx de neumonía quien presenta deterioro clínico signos de inminencia a falla ventilatoria por lo cual se decide intubar y remitir como urgencia vital a III nivel se pasa a sala de reanimación se llama al anesthesiologo de turno para realización de procedimiento paciente quien presenta ritmo de paro”* iniciando las maniobras de reanimación consignadas. Las cuales se suspendieron después de 1 hora por no respuesta de reanimación avanzada dando como hora del fallecimiento 22:15, *“se explica a los familiares lo sucedido se acompaña, y por la edad del paciente deterioro clínico y fulminante se explica que se debe realizar autopsia clínica para determinar posibles causas de la muerte”*, quienes aceptan el procedimiento, Consignando como diagnóstico final: *“1. neumonía adquirida en la comunidad, 2. IRAG inusitada, 3. inmunodeficiencia, 4. falla ventilatoria, 5. paro respiratorio-SDRA y 6. Muerte”*. firma la nota de reanimación la doctora Angela María Montañez, y del cual no se presenta discusión de su procedimiento en la presente demanda.

Según los procedimientos adelantados por los galenos del Hospital Regional de Miraflores, al preguntársele al perito Dr. Jaime Hernández si la atención prestada al señor Cesar Hernán Rincón (Q.E.P.D.), el día 5 de

junio de 2014 fue adecuada y acorde con la ciencia médica, manifestó que el enfoque desde el inicio fue apropiado solicitando paraclínicos pertinentes e iniciando manejo de antibiótico y soporte de líquidos, esto mismo fue recalcado por el profesional en audiencia de contradicción del dictamen donde manifestó *“que el manejo médico fue el adecuado, pues la atención estuvo enfocada apropiadamente desde un inicio e incluso en el evento de falla respiratoria y del paro cardiorrespiratorio”*. Así mismo al preguntarle ⁴² si la atención al paciente del día 5 de junio de 2014 fue adecuada, si se utilizaron todos los medios adecuados correspondientes a la situación que les presentaba en evolución, a lo que contestó *“en la valoración del 5 de junio hay por lo menos (...) 7 valoraciones en el transcurso del día desde las 3 de la mañana hasta las 20 horas cuando el paciente fallece. (...) se nota que estuvieron pendientes del paciente cuando se desaturo el paciente le hicieron el incremento respectivo del oxígeno, le cambiaron el sistema de administración de oxígeno vigilaron que la saturación de oxígeno mejorara, y el paciente continuó en un proceso deterioro respiratorio que lo llevó al fallecimiento unas horas después, digamos que en los aspectos de manejo medico de este paciente no encontró problemas”*.

Adicional a lo anterior, la médica Angela Lince al ser interrogada sobre la infección respiratoria aguda inusitada, señaló que ésta puede desarrollarse en pocas horas terminando con la vida de la personas. Esto fue corroborado por el Perito Jaime Hernández Ruiz, cuando señaló *“el paciente presentó un cuadro de infiltrados pulmonares que progreso rápidamente a una falla respiratoria sugiere la presencia de una IRAG inusitada, un cuadro que son severos e impredecibles, afirmando que el señor Cesar Hernán Rincón (Q.E.P.D.), estaba en la categoría de una “IRA INUSITADA”*. Además, el perito manifestó que la evolución del paciente es una evolución muy rápida, por lo que predecir que el paciente va a desarrollar una falla respiratoria por una ira inusitada es muy difícil, ya que sigue un curso inusitado atípico que no es normal para un proceso respiratorio.

Sobre el argumento expuesto en la demanda con relación a la remisión inmediata del señor Cesar Hernán Rincón (Q.E.P.D.) al Hospital San Rafael de Tunja, es de anotar que en las atenciones presentadas los días 31 de mayo, 3 y 4 de junio de 2014, por lo ya expuesto, y del material probatorio se puede concluir que el paciente no requería ser trasladado a una entidad hospitalaria de mayor nivel.

Sobre la atención médica del día 5 de junio de 2014, y al preguntarle al perito Dr. Jaime Hernández, en qué momento el paciente presentaba síntomas que llenar criterios para su remisión a un hospital de mayor complejidad, afirmó que en su concepto hacia las 2 de la tarde. No

⁴² Minuto 41;19 al audiencia de pruebas de 29 de enero de 2019 folio 932

obstante, se considera que los galenos a partir de este momento centraron sus esfuerzos en la estabilización clínica del paciente, esto como ya fue referido se puede determinar de las atenciones médicas de las 2:05 p.m., 4:45 p.m., específicamente la de las 5:48 p.m., donde de acuerdo al interrogatorio rendido por la médica Diana Leon, manifestó que: *“les explico tanto al paciente como a sus padres, que él se encontraba inestable, con oxígeno y no era procedente remitirlo en ese estado, que se debía esperar a que el medicamento lo estabilizará o a que fuera necesario realizarle una intubación endotraqueal”*, por lo que al observar el deterioro del paciente a pesar del tratamiento instaurado para estabilizarlo hacia las 7:00 p.m., ordenó la intubación endotraqueal y la remisión del paciente por urgencia vital por falla ventilatoria a un hospital de mayor complejidad, y según lo referido por las doctoras Diana Leon y Ángela María Montañez Pérez al realizar la intubación el paciente con el fin de proceder a la remisión, presentó paro cardiorrespiratorio, necesitando la reanimación cardio pulmonar.

Finalmente al preguntársele al Dr. Jaime Hernández, si en su criterio de haber sido remitido el paciente en el tiempo en el que el señaló en su relato es posible o factible que hubiese tenido una recuperación, quien manifestó *“en general la tasas de mortalidad y el curso clínico de estos pacientes es muy alto, aunque se hagan todas las intervenciones lo hemos visto en otros tipo de pacientes que está en cuidado intensivo con todas las tecnologías con todos los medicamentos e igual estos pacientes fallecen porque no podemos detener el proceso de daño pulmonar generado por la mismas defensas del paciente entonces le hacemos absolutamente todo e igual el curso clínico sigue siendo malo, pero eso no hay manera de saberlo, lo que nosotros podemos ofrecer en medicina son los medios es decir vamos a llevarlo a cuidado intensivo lo intubamos y vamos hacerle todo a ver qué pasa, pero no hay manera de garantizar un paciente con un ira inusitada con un compromiso tan severo de la oxigenación con un daño pulmonar se vaya a salvar, en ese momento no hay momento de garantizar eso⁴³”*.

Una valoración integral y sistemática de todos los elementos de prueba, permiten al Juzgado sostener que el plan dispuesto por los médicos fue el adecuado y pertinente para tratar la sintomatología presentaba el señor Cesar Hernán Rincón (Q.E.P.D.). En efecto, la afección respiratoria y el posterior deceso del paciente en tan corto lapso, denotan que se trató de un caso atípico, inusual o poco habitual, cuyo agente generador - bacteriano o viral resultaba desconocido para los galenos, así como la fuente, el vehículo o la vía de transmisión. Ciertamente la evolución del paciente en periodo tan corto resultó grave y anormal lo que a todas luces desbordaba las capacidades del personal médico, si se tiene en cuenta que solo el mismo día del deceso el paciente presentó signos y síntomas

⁴³ Minuto 1:00:16 a 1:01:38 folio 932

de una infección respiratoria aguda, mientras que en los días previos no se evidenciaron síntomas diferentes a la parotiditis aguda que le fue diagnosticada. A ello agréguese que se trataba de un paciente inmunocomprometido según su historia clínica, lo que a su vez refuerza la tesis de que se trató de una crisis grave e inusitada.

En ese orden de ideas, que la ESE Hospital Regional de Miraflores no incurrió en ningún defecto o vicio constitutivo de falla del servicio médico-asistencial por lo que las pretensiones de la demanda serán negadas. Esta situación releva al Despacho de analizar la responsabilidad subjetiva de las personas naturales llamadas en garantía, así como de la empresa aseguradora vinculada con los mismos fines al presente proceso.

XI. COSTAS

De conformidad con lo establecido en providencia proferida por el Consejo de Estado⁴⁴, El Despacho se abstendrá de condenar el costas y agencias en derecho, en la medida en que no se avizora conducta temeraria o malintencionada de la parte vencida en juicio, sumado a que de conformidad con lo previsto en el numeral 8º del artículo 365 del Código General del Proceso, no aparece prueba en el expediente sobre la causación de gastos y costas en el curso del proceso.

XII. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, el Juez Primero Administrativo Oral del Circuito de Tunja, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley.

XIII. FALLA

PRIMERO. – DECLÁRASE probada la excepción de falta de legitimación en la causa por pasiva, propuesta por el Departamento de Boyacá.

SEGUNDO. - Niéganse las pretensiones de la demanda, por las razones expuestas en la parte motiva.

TERCERO. - Sin condena en costas.

CUARTO. - Aceptar la renuncia presentada por el abogado Gustavo Mancipe Saavedra, identificado con cédula de ciudadanía N° 6.761.606 y T.P. 150.305 del C.S.J., como apoderado del Departamento de Boyacá conforme al memorial visto a folio 998-1001.

⁴⁴ Consejo de Estado, providencia de 20 de agosto de 2015, Medio de Control No 47001233300020120001301 (1755-2013), C.P. DRA. Sandra Lisseth Ibarra Vélez.

QUINTO.- En firme esta providencia archívese el expediente, dejando previamente las anotaciones y constancias de rigor. Si existe excedente de gastos procesales, devuélvanse al interesado. Realícense las anotaciones de rigor en el sistema siglo XXI.

CÓPIESE, NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE.

**AUGUSTO LLANOS RUIZ
JUEZ**

Wp

Sentencia de Reparación Directa radicado bajo el No. 2015-00083

Firmado Por:

**AUGUSTO LLANOS RUIZ
JUEZ CIRCUITO
JUZGADO 001 ADMINISTRATIVO DE TUNJA**

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

Código de verificación:

**7c7ec7ea5752d8406ac980b5e48ff94a08286af51c81d2225016efc388a5
fa18**

Documento generado en 06/07/2020 11:24:54 AM