



República de Colombia
Rama Judicial del Poder Público
Juzgado Catorce Administrativo Oral del Circuito de Tunja
 Correo institucional: j14admintun@cendoj.ramajudicial.gov.co

Tunja, Dieciocho (18) de diciembre de dos mil diecisiete (2017)

DEMANDANTE: MARIA LEONOR PATIÑO PINEDA Y OTROS
DEMANDADO: NACION- MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL- POLICIA NACIONAL - E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA
LLAMADO EN GARANTIA: LA PREVISORA S- A COMPAÑÍA DE SEGUROS
RADICACIÓN: 150013333014 2013-00028 00
MEDIO DE CONTROL: REPARACION DIRECTA

Previo el agotamiento de las etapas procesales precedentes y no existiendo vicios o causal de nulidad que invalide lo actuado, procede este Despacho a proferir sentencia del medio de control de la referencia de conformidad con los artículos 181 inciso último y 187 y siguientes del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

I. LA DEMANDA

1. PRETENSIONES DE LA DEMANDA (Fl. 323 y ss)

- Declarar a LA NACION, MINISTERIO DE DEFENSA, POLICIA NACIONAL Y LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA, administrativa y civilmente responsables de la indemnización integral por los daños materiales, fisiológicos, de orden mental, de tipo moral y de alteración grave de las condiciones de existencia, por FALLA EN LA PRESTACION DEL SERVICIO MEDICO, POR AUSENCIA DE UN ADECUADO ANALISIS Y SEGUIMIENTO PUNTUAL A LOS PROTOCOLOS MEDICOS, FALTA DE ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA EN LAS UNIDADES DONDE RECIBIO TRATAMIENTO; NEGLIGENCIA EN EL TRASLADO ENTRE LAS UNIDADES PRESTADORAS DE SALUD DE LA POLICIA Y LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA, AL HABER OMITIDO EVACUAR AL PACIENTE A LA MAYOR BREVEDAD, AL CENTRO ESPECIALIZADO DE CARDIOLOGIA MAS CERCANO, COMO LO ERA EL HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA EN BOGOTA (HOCEN), PARA DESCARTAR LAS AFECCIONES CARDIOLOGICAS.
- Que en subsidio se declare a LA NACION, MINISTERIO DE DEFENSA, POLICIA NACIONAL Y LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA, administrativa y civilmente responsables de la indemnización integral por los daños materiales, fisiológicos, de orden mental, de tipo moral y de alteración grave de las condiciones de existencia, por FALLA EN EL SERVICIO MEDICO, POR ERROR EN EL DIAGNOSTICO DEL PACIENTE POR EL ELEVADO GRADO DE NEGLIGENCIA E IMPERICIA DEMOSTRADO AL INTENTAR SUMINISTRARLE TRATAMIENTO CARDIOVASCULAR EN TOTAL AUSENCIA DE CARDIOLOGO, LO QUE IMPIDIO



PRECISAR EL DIAGNOSTICO Y BRINDARLE EL TRATAMIENTO INDICADO DURANTE EL PROLONGADO TIEMPO DE HOSPITALIZACION.

- Que como consecuencia de la anterior declaración se condene a la **NACION, MINISTERIO DE DEFENSA, POLICÍA NACIONAL, y ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA** a pagar a cada una de los demandantes, los siguientes rubros:

1.-DAÑOS MORALES.

-Para los demandantes, la suma que más convenga, entre el equivalente a (100) salarios mínimos legales mensuales vigentes o (1000) gramos de oro puro, para cada uno de ellos, según el valor vigente para la época en que se dicte la sentencia.-

- Que la sumas indemnizatorias a que fueren condenados los entes demandados, devengan intereses, comerciales corrientes durante los seis (6) meses siguientes a la ejecutoria del fallo y moratorios después de ese tiempo.- Art.1635 del C.C.).

2.-DAÑOS POR GRAVE ALTERACION DE LAS CONDICIONES DE EXISTENCIA

- Para los demandantes, la suma que más convenga, entre el equivalente a (100) salarios mínimos legales mensuales vigentes o (1000) gramos de oro puro, para cada uno de ellos, según el valor vigente para la época en que se dicte la sentencia.

- Que la sumas indemnizatorias a que fueren condenados los entes demandados, devengan intereses, comerciales corrientes durante los seis (6) meses siguientes a la ejecutoria del fallo y moratorios después de ese tiempo.- Art.1635 del C.C.).

3.-DAÑOS MATERIALES

a)- Daño Emergente

1.-Para efectos de la competencia, la cuantía se tasa teniendo en cuenta el 75% que del sueldo devengado, que mensualmente aportaba el Patrullero para la familia, al momento de su muerte, ocurrida el 26-DIC-2010, el cual era de \$772.249,00, hasta la fecha de la presentación de la demanda, habiendo transcurrido aproximadamente 15 meses es decir: $15 \times 579.186,75 = \$8.687.801,25$, debidamente actualizados.-



2.-Por los costos en que se incurra en el trámite del presente pleito incluyendo lo que se deba pagar al Abogado por hacer valer procesalmente sus derechos, fijando su monto con aplicación de la tarifa de la Corporación Nacional de Abogados (CONALBOS) para esta especie de pleitos, en la modalidad de cuota-litis.

En subsidio:

2.1- El pago de los honorarios de abogado, se hará con aplicación del artículos 8 de la ley 153 de 1887, en concordancia con lo estipulado en el Código de Procedimiento Civil.-

b)- Lucro Cesante

1.-Se liquidara a favor de los perjudicados, incluyendo los intereses del capital representativo de la indemnización, según el Art. 1615 del C. C., debido a los demandantes desde el día 26-DIC-2010, debiendo ser pagado lo mismo que el capital en pesos de valor constante, las sumas que el Patrullero EDWIN FERNANDO PINEDA PATIÑO dejo de producir y devengar en razón a su muerte y por el daño material, padecido por los familiares por causa y razón del deceso de su hijo, hermano y nieto, EDWIN FERNANDO PINEDA PATIÑO.

2.-Los daños resultantes por la pérdida de la ayuda económica que venía aportando a los demandantes: representaba el 75% del sueldo devengado para la época de la muerte el cual equivalía \$772.249,00 y 25 años de edad; reconociéndole dicho sueldo, hasta la edad de los 72 años; según el promedio de vida aceptado por las aseguradoras y el DANE ó el que resulte de las bases que se demuestren en el transcurso del proceso, debidamente reajustado su valor desde el día de la muerte del Patrullero EDWIN FERNANDO PINEDA PATIÑO, encontrándose en servicio activo, desarrollando actos propios del servicio policial en la ciudad de Pereira y hasta la fecha de ejecutoria de la sentencia; se debe pagar la indemnización que se dividirá en debida o consolidada y futura, capitalizada según las tablas de la matemática financiera, así como intereses, agencias y costas de las sumas que se piden y se lleguen a probar.

En Subsidio:

Si no hubiere en los autos bases suficientes para la determinación matemática de lo que vale la frustración de la ayuda económica que el demandante venia aportando a sus padres y hermanos; el Señor Juez, por razones de equidad se servirá fijarlo los daños materiales, en el equivalente en pesos de la fecha de ejecutoria de la sentencia en (578,5 S.M.M.L.V.), dándole aplicación a los artículos 4º y 8º de la ley 153 de 1887, en concordancia con lo establecido en el Código



Penal, el equivalente deberá repartirse proporcionalmente y por partes iguales entre los aquí demandantes.

Todo lo anterior, teniendo en cuenta:

-La vida laboral probable de la víctima, según la tabla de supervivencia aprobada por el DANE y las Aseguradoras.-

-Actualizada dicha cantidad según la variación porcentual del Índice de Precios al Consumidor existentes en el mes de Diciembre de 2010 y a la fecha en que quede ejecutoriada la sentencia o el auto que liquide los perjuicios materiales.

-La fórmula matemática financiera aceptada por el Honorable Consejo de Estado,

3.-Suministrar tanto a los padres como hermanos menores del servicio médico hospitalario permanente por parte de la Clínica de la Policía Nacional y los respectivos dispensarios, teniendo en cuenta que la muerte ocurrió en actos del servicio debidamente comprobados.-

2. HECHOS DE LA DEMANDA (FL. 323 y ss)

- Que el Patrullero EDWIN FERNANDO PINEDA PATIÑO, según los exámenes médicos practicados para ingresar a la Institución Castrense, fue declarado apto Psicofísicamente; pero desde el 18 del mes de Febrero de 2008, estando adscrito al Departamento de Policía de Risaralda, empezó a sentir una atípica sintomatología que lo afectó de manera severa y en forma repetitiva, el 25-AGO-2009 y el 24-MAR-2010, según consta en las fórmulas Médicas ambulatorias No. 63931, 50712,01535 y 01546, expedidas por la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional del Departamento de Risaralda, Código 025, sigla DERIS.
- Señala el demandante que para el 24 de Marzo de 2010 la sintomatología que experimentaba era **“Dolor Precordial ...con dolor marcado en el campo del esternón”** la que se hizo más intensa, dada la negligencia y tardanza en el seguimiento de la patología, por parte del servicio médico hospitalario de la Policía Nacional que lo venía tratando desde el mes de febrero de 2008, propiciándole una muerte prematura e injustificada, al estar erradamente convencidos los galenos que se trataba de una afección cardíaca que nunca existió.
- Indica que para el 24 de Diciembre de 2010, siendo las 14:10 horas, esta vez encontrándose acantonado en Tunja el Patrullero, vuelve a presentar **“Dolor de garganta, fiebre y malestar general,”** por lo que fue examinado en urgencias de la Policlínica, (ESP CLITU-CLINICA), por un médico general, recetándole para el caso penicilina G Benzatinica 2.400.000 U.I. sin antes haberle practicado exámenes de laboratorio para detectar el origen de la infección causante de la alta



temperatura, la que al parecer provenía de una afección de origen pulmonar, ya que la afectación cardiaca definitivamente fue descartada cuando ya el paciente se encontraba en estado agónico, sin que nadie supiera cuál fue la enfermedad que acabó con la vida del Patrullero.

- Siendo las 21:12 horas del día 24-DIC-2010, el médico general de la Policlínica de Tunja, detecta **"...presencia de dolor torácico tipo opresivo de intensidad 9/10, asociado a dificultad respiratoria leve, refiere episodios similares pero con mejoría espontánea del dolor."** Y continúa la historia clínica: **"Paciente con dolor atípico y bajo riesgo coronario, sin embargo se toma EKG el cual muestra evidente elevación del segmento ST en DII, DIII y AVF compatible con IAM de cara inferior,"**
- Como el paciente presentaba una sintomatología opresiva del esternón y ante la falta de enzimas cardiacas disponibles, los médicos tratantes deciden imprudentemente remitir al paciente a la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA, en vez de enviarlo a una entidad especializada en cardiología cercana, para descartar el compromiso cardiovascular presumido; sabiendo que estos exámenes no se podían realizar en Tunja, por falta de cardiólogo en toda la ciudad, quedando en esa forma, pendiente por comprobar la verdadera afección que atacaba al paciente, al parecer de origen pulmonar, más no cardiovascular como equívocamente lo conceptuaron los médicos tratantes.
- En la ESE Hospital San Rafael de Tunja, según diagnóstico preliminar le determinan: **"Paciente presenta episodio de dolor torácico asociado a taquicardia ... requiriendo inicio de metoprolol endovenoso, por evolución tórpida y la no disponibilidad de toma de ecocardiograma en las próximas 18 horas se decide iniciar trámites de remisión a UCI adultos-Cardiovascular, según red de prestación de servicios."** Remisión esta que jamás se efectuó, porque para los días 24, 25 y 26 de Diciembre de 2010, no se encontraron cardiólogos disponibles en toda la ciudad de Tunja, para que realizara el ecocardiograma y descartara tal afección; hecho que ocasionó un diagnóstico contraindicado de médicos inexpertos en afecciones cardiovasculares, lo que aceleró el desenlace fatal del patrullero EDWIN FERNANDO PINEDA PATIÑO.

3. NORMAS VIOLADAS:

Señaló como normas violadas los artículos 1,2,6,16,20,90,91 y 217 de la Constitución Política de Colombia; artículos 86,131,265,1613,1651,2341,2356 del C.C.; Artículos 4 y 87 de la ley 153 de 1887; Decreto 85 de 1989; artículos 140 del CPACA.

Sustenta que las autoridades de la Republica de Colombia están instituidas para proteger la vida, honra y bienes de los residentes en Colombia y cuando no lo logran y aún más



cuando por negligencia, acción u omisión causan un daño, será obligada la Nación al resarcimiento de los perjuicios ocasionados, configurándose una falla presunta, conforme lo ha señalado el Consejo de Estado, respecto de los riesgos que corren los agentes encargados de preservar la soberanía nacional.

Aducen de igual manera que la prestación o tratamientos médicos que se prestan a los miembros de las fuerzas militares debe ser íntegro hasta que se dé la rehabilitación completa del usuario así como se encuentra establecido en el decreto 1795 de 2000 que en su artículo segundo se definió *la sanidad como un servicio público esencial de la logística militar y policial, inherente a su organización y funcionamiento, orientada al servicio del personal activo, retirado, pensionado y beneficiarios*, de igual manera en el artículo sexto establece *los principios orientadores para la prestación del servicio del sistema: calidad, ética, eficiencia, universalidad, solidaridad, protección integral y equidad*. Se transcriben aparates de jurisprudencias.

En sentencia T- 824 de 2002 en la cual se establece que toda persona que preste servicio militar tiene derecho a que se le brinde, a costa del organismo del ejército o policía, correspondiente, la atención en salud que requiera para que sean tratadas las afecciones que padezca cuando estas sean producto de la prestación del servicio o cuando estas, siendo anteriores a este, se hayan agravado durante su prestación.

Finalmente considera que las Lesiones y afecciones causadas al occiso y a los accionantes, son atribuibles a **FALLA EN LA PRESTACION DEL SERVICIO MEDICO, POR AUSENCIA DE UN ADECUADO ANALISIS Y SEGUIMIENTO PUNTUAL A LOS PROTOCOLOS MEDICOS, FALTA DE ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA EN LAS UNIDADES DONDE RECIBIO TRATAMIENTO; NEGLIGENCIA EN EL TRASLADO ENTRE LAS UNIDADES PRESTADORAS DE SALUD DE LA POLICIA Y LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA, AL HABER OMITIDO EVACUAR AL PACIENTE A LA MAYOR BREVEDAD, AL CENTRO ESPECIALIZADO DE CARDIOLOGIA MAS CERCANO, COMO LO ERA EL HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA EN BOGOTA (HOCEN), PARA DESCARTAR LAS AFECCIONES CARDIOLOGICAS** y por **FALLA EN EL SERVICIO MEDICO, POR ERROR EN EL DIAGNOSTICO DEL PACIENTE POR EL ELEVADO GRADO DE NEGLIGENCIA E IMPERICIA DEMOSTRADO AL INTENTAR SUMINISTRARLE TRATAMIENTO CARDIOVASCULAR EN TOTAL AUSENCIA DE CARDIOLOGO, LO QUE IMPIDIO PRECISAR EL DIAGNOSTICO Y BRINDARLE EL TRATAMIENTO INDICADO DURANTE EL PROLONGADO TIEMPO DE HOSPITALIZACION**, tanto en urgencias de la ESP CLINICA de la Unidad de Salud de la Policía en Tunja, como en la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA; sumado a la crasa impericia y negligencia demostrada en Policlínica de Risaralda, desde el 18 de Febrero de 2008 hasta el 24 de Marzo de 2010, donde trataron al patrullero de una supuesta amigdalitis y tras haber sospechado de una afección cardiovascular por el dolor que presentaba en el esternón y tórax en general, no fue



tratado adecuadamente ni se le hizo seguimiento médico alguno para descartarlo, dejándolo morir sin saber de qué enfermedad sufría realmente el Patrullero.

Igualmente aduce que la falla del servicio Policial se ve agravada por la total ausencia de apoyo de transporte aéreo para la evacuación oportuna del paciente, encontrándose en estado grave en el Hospital San Rafael de Tunja, hecho que influyó notoriamente en la muerte del patrullero puesto que si hubiera sido evacuado inmediatamente por vía aérea al Hospital Central de la Policía en Bogotá.

La falla Médica se tipifica, indica el demandante por no haber detectado a tiempo las posibles y reales afecciones que originaron el deceso, las que nunca hubieran causado la muerte al Patrullero de haberle efectuado un tratamiento serio, continuo y especializado, en un centro hospitalario de avanzada con los que cuenta la Policía para el servicio de sus miembros activos y retirados para estos casos; esto quiere decir que existe responsabilidad de los entes estatales demandados, ya que el Patrullero **EDWIN FERNANDO PINEDA PATIÑO**, ingreso a la Policía Nacional en perfecto estado de salud, tal y como lo indica la ficha médica de ingreso a la Institución y según lo prueban los exámenes médicos que le practicaron antes de su ingreso, pues de otra manera no lo hubieran incorporado.

Si bien es cierto que al ingresar a la Institución armada, los Oficiales, suboficiales y soldados profesionales de la Fuerza Armadas, asumen ciertos riesgos propios de esa actividad, no sucede lo mismo en el caso concreto de falla del servicio, donde se nota una marcada negligencia en la detección y diagnóstico contradictorio de las afecciones, lo que permitió que la enfermedad avanzara hasta causarle la muerte al patrullero por físico descuido y falta de uso de la tecnología de punta que existe en la medicina moderna, evitando a toda costa exponerlo a correr riesgos innecesarios con su vida.

Tan evidente resulta la falla del servicio Médico prestado al Patrullero que incurrieron en profundos errores de procedimiento no solo dentro de las Policlínicas de la Institución Armada, por negligencia e impericia, sino que a la vez tomaron decisiones equivocadas, tales como haberlo enviado a recibir tratamiento a la ESE SAN RAFAEL DE TUNJA, donde no se contaba con servicio de especialistas, tal como sucedió con el cardiólogo y menos contaban con equipos de tecnología de punta con la que fácilmente le hubieran salvado la vida al Policial; por el contrario fue en la ESE antes mencionada, en la que le negaron la remisión a la Unidad Cardiovascular "ARDILA LULE" de Bucaramanga.

En resumen, consideran que no se explica como un paciente de 25 años, que el 24 de diciembre de 2010 siendo las 12:30 horas, se siente afectado de amigdalitis, recurre a recibir atención médica en la Policlínica de Tunja, allí solo le aplican un antibiótico sin antes someterlo a examen de laboratorio para precisar el verdadero origen y tipo de la infección que lo afectaba; regresando así a la casa materna, donde continuó indispu



sin presentar mejoría alguna, razón por la cual tuvo que reingresar por urgencias a la misma policlínica, ese mismo día a las 21:30 horas, debido a un intenso dolor que presentaba en el pecho, diagnosticándosele de manera apresurada, problemas de corazón; pero ante la carencia de cardiólogo, enzimas y equipos para tomar los electrocardiogramas, fue remitido a la ESE HOSPITAL DE TUNJA, donde igualmente carecían tanto de cardiólogo como de equipos para descartar el concepto a priori del médico de turno.

II. CONTESTACION DE LA DEMANDA

- NACION- MINISTERIO DE DEFENSA- POLICIA NACIONAL (fls. 361-379):

La entidad a través de su apoderado contesta señalando que se opone a todas las pretensiones de la demanda, por cuanto resultan infundadas e improcedentes, ya que no existe nexo causal entre el hecho generador del daño y el perjuicio hoy reclamado.

Se realizó un pronunciamiento respecto de cada uno de los hechos. Como argumentos de defensa, indicó **Inexistencia de Falla del servicio**, ya que la entidad hizo un manejo inicial del paciente en la Policlínica con un nivel de atención I, donde existen dos ingresos del paciente el primero, se atendió de acuerdo a la sintomatología y protocolo seguido para su recuperación. Posteriormente consulta 6 o 7 horas más tarde, del mismo día con cuadro clínico de 4 horas de evolución, con dolor torácico tipo opresivo de intensidad 9/10 asociado a dificultad respiratoria leve, se toma un EKG, además se suministra medicamentos, y se inicia tramites de remisión a III Nivel de atención, sale el paciente con infarto agudo del miocardio, luego es ingresado al Hospital San Rafael de Tunja, considera que se realizaron los estudios, análisis y diagnósticos de acuerdo a criterios clínicos para tipificación y/o clasificación de la patología.

Considera que no se acredita la concurrencia de los elementos constitutivos de responsabilidad profesional, a saber:

1. La existencia de una falla médica, error médico o infracción a la *lex artis ad hoc*.
2. La producción de un daño o lesión o perjuicios
3. La relación causa efecto entre la falta y el daño
4. Previsibilidad y evitabilidad del daño.

En cuanto a la **Ausencia de Nexo causal imputable en contra de la Nación- Policía Nacional**, señala que conforme al art. 90 de la C.P, se infiere que son dos los pilares sobre los cuales se edifica la responsabilidad del estado, así el daño antijurídico y la imputabilidad del mismo al ente público. Ahora respecto del régimen de responsabilidad de acuerdo a la demanda y a las circunstancias del caso, sería la falla probada del servicio.



Considera que la prestación del servicio médico al uniformado fue a cabalidad, generando obligaciones de medio mas no de resultado, pues por la naturaleza del servicio, se estuvo ante una sorpresiva e intempestiva presencia de sintomatología presentada por el paciente sin antecedente patológico o personal alguno sobre las mismas que motivo la urgencia y de manera oportuna su remisión a un centro de mejor nivel. Así señala que no se presente falla médica alegada por el demandante, antes se pudo probar una adecuada y diligente atención médica y que el servicio se desarrolló con suficiente diligencia y cuidado por parte de la entidad demandada, en lo que hace referencia a la Clínica de la policía.

• **HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA E.S.E (fls. 389 y ss):**

A través de su apoderada el **HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA**; contestó la demanda en término, respecto de los hechos efectúa un pronunciamiento sobre cada uno de ellos. Igualmente manifiesta que se opone a todas y cada una de las pretensiones de la acción de reparación directa por carecer todas ellas de sustento factico, jurídico y probatorio.

Considera que la atención medica prestada en este caso, se ajustó a los protocolos médicos y con la pericia de cada uno de los profesionales médicos, el diagnóstico y el tratamiento obedeció a las guías establecidas y la situación patológica presentada en el momento de la atención.

Propone excepciones que denominó así: **INEXISTENCIA DE FALLA EN EL SERVICIO, INEXISTENCIA DEL NEXO DE CAUSALIDAD, INEXISTENCIA DE CAUSA LEGAL.** Argumentando que la atención inicial de urgencias se prestó de forma inmediata, la realización de pruebas de diagnóstico y la respuesta a las interconsultas por servicios especializados se dieron ajustadas a los estándares institucionales y a la condición crítica del paciente, la realización de los tratamientos y procedimientos tendientes a salvar la vida del señor **EDWIN FERNANDO PINEDA**, se realiza con la celeridad y las precauciones suficientes con el fin de evitar la complicaciones propias del estado en el que ingreso a la E.S.E Hospital San Rafael de Tunja.

• **LLAMADO EN GARANTÍA - LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS (fls. 74 a 75- cuaderno de llamamiento)**

LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS, quien fue en este caso en concreto llamado en garantía, a través de su apoderado da contestación a la demanda instaurada, y procede a manifestar que se opone a cada una de las pretensiones formuladas por los demandantes contra **E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA**, por cuanto no existe ninguna responsabilidad que se le pueda endilgar a la institución con ocasión de la atención medica suministrada al señor **EDWIN FERNANDO PINEDA PATIÑO**, el cual fue atendido dando aplicación a todos los protocolos médicos que correspondían al estado de salud que tenía y a las patologías que presentaba a su ingreso a la entidad hospitalaria,



siendo prestado el servicio de manera oportuna, diligente, eficiente, por el personal del hospital, señalan que desde el ingreso del paciente al HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA se le suministro la atención adecuada por los profesionales del Hospital, practicándosele todos los exámenes clínicos que requirió y suministrándole la medicación necesaria para su mejoría y procedimientos médicos que necesitó, los cuales estuvieron orientados a obtener el restablecimiento de la salud lo anterior se encuentra en la historia clínica, además expresan que las complicaciones presentadas con posterioridad son propias de las condiciones fisiológicas del paciente, Por lo dicho en lo anterior evidencian que no aparecen los elementos configuradores de la responsabilidad y por lo tanto que no hubo falla en el servicio.

Señala como **EXCEPCIONES DE FONDO A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA**, las siguientes: **AUSENCIA DE LOS ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DE LA RESPONSABILIDAD MEDICA, INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN DE INDEMNIZAR A CARGO DEL HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA, IMPROCEDENCIA DE LOS PERJUICIOS MORALES COMO ESTAN SOLICITADOS.**

También indica como **EXCEPCIONES DE FONDO FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTIA**, las siguientes: **INAPLICABILIDAD DE LAS POLIZAS Nos. 1002711, 1003842, 1004102, QUE SIRVEN DE BASE AL LLAMAMIENTO EN GARANTIA, FALTA DE COBERTURA DE LAS POLIZAS Nos. 1003844 Y 1004101, QUE SIRVEN DE BASE AL LLAMAMIENTO EN GARANTIA, INEXIGIBILIDAD DE OBLIGACIONES DERIVADAS DE LA POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRESCRIPCIÓN, LIMITACION A LA COBERTURA DE DAÑOS EXTRAPATRIMONIALES, EXCLUSIVAMENTE AL DAÑO MORAL EN LAS POLIZAS DE RESPONSABILIDAD CIVIL Nos. 1002711, 1003842 Y 1004102, QUE SIRVEN DE BASE AL LLAMAMIENTO EN GARANTIA, LIMITE DE VALOR ASEGURADO, LIMITACION DE RESPONSABILIDAD DE LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS AL MONTO DE LA SUMA ASEGURADA. ARTICULO 1079 DEL CODIGO DE COMERCIO, LIMITACION DE RESPONSABILIDAD DE LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS A LA DISPONIBILIDAD DEL VALOR ASEGURADO POR CONCEPTO DE RESPONSABILIDAD CIVIL, ARTICULO 1111 DEL CODIGO DE COMERCIO, y APLICACIÓN DEL DEDUCIBLE PACTADO EN LA POLIZA.**

III. ACTUACION PROCESAL

1. AUDIENCIA INICIAL

Admitida la demanda el día 07 de Noviembre de 2013, notificadas las partes¹, fue presentada contestación por la entidad demandada dentro del término legal, con posterioridad se procedió a realizar audiencia inicial el 28 de Octubre de 2015 (fl. 567 a

¹Ver folios 350 y ss.



573), desarrollándose la misma en los términos del artículo 180 del C.P.A.C.A, culminando con la fijación de fecha para la audiencia de pruebas.

2. AUDIENCIA DE PRUEBAS

En fecha 17 de febrero de 2016, se realizó la audiencia de pruebas, y se procedió a incorporar las pruebas decretadas, (fl. 594), audiencia que fue necesario suspender y se fija fecha para reanudar el día 26 de Abril de 2016 (fl. 632 a 643), siendo nuevamente suspendida, fijando nueva fecha de audiencia de pruebas para el día 15 de Julio de 2016 a las 9:00 de la mañana (fl. 695 a 697), debido a justificación de la perito designada; se reanuda el día 26 de Agosto de 2016 (fl.723), tachando a la perito y por tanto se decreta una nueva prueba pericial, suspendiéndose la audiencia(fl.242 a 243). Un vez allegado el dictamen dentro del término concedido se fija como fecha para su contradicción el día 17 de Marzo de 2017 (fl. 902) desarrollándose la audiencia, y ordenando al E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL el reintegro del 50% a la parte actora que le corresponde asumir del costo de la prueba pericial; así mismo se ordenó la presentación de los alegatos por escrito².

IV.ALEGATOS

- **LLAMADO EN GARANTIA- LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS (FLS. 948-958):**

Dentro de la oportunidad el apoderado del llamado en garantía presenta sus alegatos, y afirma que las entidades de salud demandadas en este caso prestaron sus servicios con la oportunidad requerida y de igual manera con personal capacitado, profesionales que demuestran tener pericia y destreza para desarrollar sus actividades médicas. Quedó demostrado que la causa del fallecimiento del señor EDWIN FERNANDO PINEDA PATIÑO fue la Miocarditis Aguda que padeció, y que pese a los esfuerzos realizados por el personal médico que estuvo a cargo de la atención y a los diferentes tratamientos que se le suministraron. Conforme al dictamen pericial rendido por los Doctores CARLOS HUMBERTO SAAVEDRA TRUJILLO y GUILLERMO MORA PABON, donde se concluyó que no existieron fallas en la atención al patrullero, pues se cumplió con los protocolos médicos y a *la lex artis ad hoc* y los tratamientos fueron suministrados con oportunidad, pertenencia y continuidad.

²Fls. 941-943.



Señala que no aparecen configurados los elementos de la responsabilidad, pues la falla señalada no existió, y por ello se deben declarar la prosperidad de las excepciones propuestas.

En relación al llamamiento en garantía, considera que las pólizas Nos. 1002711, 1003842 y 1004102 perdieron vigencia para su aplicabilidad, además las pólizas Nos. 1003844 y 1004101 implican un objeto del contrato diferente para el que fueron aportados y para el amparo que este cubre, sumado a lo anterior se alega que los perjuicios pedidos superan el valor de las pólizas y que estas solo responderían en caso de una decisión desfavorable a los intereses de la previsor, por el valor máximo pactado en el contrato más un deducible al que está sujeta dicha suma, razón por la cual considera que sus excepciones deben prosperar.

- **E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA (fls. 962-965):**

La apoderada de la demandada expone, que no existió la falla en el servicio para poder atribuir una obligación indemnizatoria a cargo de la E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA; al no existir la falla, se presenta ausencia de imputación material, en la medida en que no hay un comportamiento negligente, imprudente o imperito que pueda ser atribuido a la entidad, para soportar sobre el un nexo con el daño presuntamente padecido por los demandantes, con ocasión del fallecimiento del señor EDWIN FERNANDO PINEDA PATIÑO, adicional a lo anterior se confirma la adecuada intervención que tuvieron los galenos de la E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA para con el paciente, utilizando los medios idóneos y posibles a su alcance. Concluye que el servicio prestado por la ESE se brindó con accesibilidad, pues se puso a su disposición toda la oferta institucional disponible, con oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad, por tanto la muerte del paciente no puede atribuirse a la negligencia en la atención médica, para el efecto relata la descripción de los Doctores CARLOS HUMBERTO SAAVEDRA TRUJILLO Y GUILLERMO MORA PABON, especialistas de la UNIVESIDAD NACIONAL, para colegir que contrario a lo afirmado en la demanda se demuestra la total ausencia de dolo o culpa por parte de la entidad en la muerte del señor EDWIN FERNANDO PINEDA PATIÑO; ya que se acredita que padeció miocarditis aguda con criterio de dallas positivo, la cual no es común para una persona de la edad y características del paciente, no se evidenció una enfermedad preexistente que pudiera afectar la evolución clínica de la afección tratada desde el 24 de diciembre de 2010.

Finalmente resalta que no existió falla en el servicio para poder atribuir obligación indemnizatoria a cargo del ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA, y por tanto se configura ausencia de imputación material.



• PARTE DEMANDANTE (fl. 966-979 y 959-961):

Dentro del término previsto, en su escrito de alegatos el apoderado de la parte actora insiste en la falla en el servicio a la hora de prestar la atención médica al señor EDWIN FERNANDO PINEDA PATIÑO señalando que es inexplicable que el joven desde el 18 de febrero de 2008, viene siendo tratado de una simple amigdalitis, según la historia clínica de la Policía de Risaralda, y el 24 de diciembre de 2010 siendo las 12:30 horas, vuelve a sentirse afectado de amigdalitis, recurre esta vez a recibir atención médica en la Policlínica de Tunja, donde solo le aplican un antibiótico sin antes someterlo a examen de laboratorio para precisar el verdadero origen y el tipo de la infección que lo afectaba; En tal estado lo regresan a la casa materna, donde continua indispuesto y sin presentar mejoría alguna; razón por la cual tiene que reingresar por urgencias a la misma policlínica ese mismo día a las 21:30 horas, debido al intenso dolor que presentaba en el pecho, diagnosticándosele esta vez de manera *apresurada e inconsulta*, problemas de corazón; lo que no pudieron descartar ante la carencia de cardiólogo, enzimas y los equipos necesarios, siendo por ende remitido a la ESE HOSPITAL DE TUNJA, donde igualmente carecían tanto de cardiólogo como de equipos para descartar el diagnóstico aprioris del médico de turno; no es creíble la tesis del dictamen presentado por los peritos, quienes quieren hacer aparecer la muerte de EDWIN FERNANDO PINEDA, como un hecho inevitable, cuando solo se trataba de una simple amigdalitis estreptococia que cualquier empírico la hubiera curado.

Señala el apoderado que no puede ignorarse que EDWIN FERNANDO PINEDA PATIÑO, según los exámenes médicos practicados para ingresar a la Institución Castrense, cuando se encontraba en plenitud de su vida, ingresó al servicio de la policía Nacional; Institución que lo declaró apto Física y Psicofísicamente, pero todo cambió cuando a sus 25 años, en actos propios del servicio policial, por motivos y razón del mismo servicio, desde el 18 del mes de Febrero de 2008, encontrándose adscrito al Departamento de Policía de Risaralda, empezó a sentir una atípica sintomatología infecciosa que lo afectaba de manera severa, repitiéndose paulatinamente tal sintomatología el 25-AGO-2009 y el 24- MAR-2010 en la forma de que dan cuenta las fórmulas Médicas ambulatorias Números: 63931, 50712,01535 y 01546, expedidas por la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, Departamento de Risaralda, Código 025, sigla DERIS, las que se anexan como prueba para mayor comprensión.(Ve Copias al carbón de las citas, anexas).

Considera finalmente que existe responsabilidad de la Policía Nacional y la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA, por FALLA EN EL SERVICIO MEDICO, por las siguientes razones:

i.-Porque fue el Establecimiento de Sanidad de la Policía de Risaralda, la que desde el 08 de febrero de 2008 atendió en consulta al Patrullero EDWIN FERNANDO

PINEDA PATIÑO, volviendo hacerlo el 25-AGO-2009, el 24-MAR-2010 y se repite el 24 de diciembre de 2010; habiéndole detectado simplemente: "Dolor precordial y dolor marcado en el campo del esternón", conformándose con recetarle paliativos como Keloprofen para calmarle las dolencias sin haberle dado importancia alguna, a la probable infección de origen pulmonar del paciente.

ii.-Fue en urgencias de la ESP CLITU-CLINICA en Tunja, Entidad de Primer Nivel, donde inicialmente se le prestaron los servicios médicos-Hospitalarios el día 24 de Diciembre de 2010, Unidad carente de médicos y equipos especializados en cardiología, donde perdió más de 12 horas de tratamiento que le hubieran salvado la vida al paciente, pues de haber existido médico cardiólogo se hubiera descartado la supuesta falla cardiaca que nunca existió como causa sino como consecuencia del problema.

iii.-Fue la policía Nacional la que por intermedio de la ESP CLITU-CLINICA en Tunja, Entidad de Primer Nivel, determinó remitir al paciente a la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA, carente de equipos y especialistas, para la atención de afecciones cardiovasculares; debiendo haberlo remitido por vía aérea a Bogotá o Bucaramanga; donde existen centros Cardiovasculares especializados que le hubieran podido salvar la vida; determinación que no se cumplió ante la errada determinación del Dr. JULIO A. VELANDIA E. Médico internista de la UCI de la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA.-

iv.-Fue el cuerpo Médico adscrito tanto a las POLICLÍNICAS de Risaralda y Tunja, como a la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA, quienes de manera antiética, negligente, irresponsable y desatenta, suministraron tratamiento inadecuado, tardío, contradictorio y poco efectivo, al Patrullero EDWIN FERNDNO PINEDA PATIÑO, para tratarlo de un problema de tipo cardiaco que nunca fue comprobado y tampoco descartado, por falta de especialistas; permitiéndole el libre avance a la infección que terminó con la vida del paciente sin que se llegara a descubrir a tiempo de cual se trataba.

v.-Fue la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA, la que a través de un equívoco y negligente tratamiento, permitió que la infección bacteriana avanzara hasta causarle la muerte a Patrullero.

Posteriormente se pronuncia respecto de algunas pruebas, y finalmente solicita se acceda a sus pretensiones. También allega recibo de pago de la prueba pericial, y solicitud para conminar al Hospital San Rafael de Tunja en calidad e demandado cancele los dineros por concepto de honorarios de perito está obligado a consignarle a la parte accionante, según auto del despacho.



• **NACION- MINISTERIO DE DEFENSA- POLICIA NACIONAL (fls. 980-986):**

Dentro de la oportunidad procesal, el apoderado de esta parte se ratifica en lo considerado dentro del escrito de contestación de la demanda y adicionalmente señala que son elementos de responsabilidad extracontractual del Estado:

1. *Un hecho atribuible por acción u omisión a un ente Público*
2. *Un Daño*
3. *Una relación de Causalidad entre el hecho y el daño*

Para el efecto considera que para que se dé una responsabilidad concreta y debidamente probada en cabeza de una entidad Estatal, deben concurrir la totalidad de los elementos anteriormente mencionados como una unidad inseparable la cual aparezca suficientemente demostrada dentro de las presentes diligencias.

También señaló que el régimen de responsabilidad aplicable al sub judice es el de la falla probada del servicio, sobre la prestación del servicio médico asistencial, con las consecuencias probatorias que le son propias, de conformidad con el cual deberá analizarse la posible e improbable estructuración de responsabilidad del Estado, en cuyo caso, su demostración corre por cuenta de la parte demandante, con lo cual dicha responsabilidad solamente podrá resultar comprometida como consecuencia del incumplimiento, por parte de la entidad demandada, de alguna obligación legal o reglamentaria, de suerte que sea dable sostener que la mencionada entidad cumplió insatisfactoria, tardía o ineficientemente con las funciones a su cargo o las inobservó de manera absoluta.

Luego de hacer un recuento jurisprudencial, y luego probatorio, señala que se encuentra acreditado que la patología sufrida por el Patrullero Edwin Fernando Pineda Patiño, fue de aquellas que acontecieron a consecuencia de la reacción natural del sistema inmunológico del mismo organismo del paciente ante la presencia de un virus, que lo condujo, de manera natural, a presentar una miocarditis aguda, presentándose esta patología de manera aguda y acelerada, a la que tuvo acceso el paciente al servicio médico asistencial por parte de los dos entes de salud involucrados de manera pertinente, segura, oportuna y apropiada.

En relación con el ente de salud de la Policía Nacional, se probó que sus galenos actuaron conforme a los protocolos médicos ante una primera consulta del paciente por dolor intenso en la garganta y fiebre, donde según la atención médica y la sospecha de amigdalitis *estreptococcica*, se demostró en el proceso que se le inició un tratamiento oportuno y adecuado, utilizando para ello el suministro de los medicamentos exigidos por los manuales de medicina para contrarrestar dicho evento infeccioso.

Adicionalmente, se acreditó también, que ante una segunda consulta del paciente ante la agravación de su sintomatología e información de nuevos síntomas en su cuerpo,



fue oportuno y pertinente la práctica de otros exámenes complementarios que definieron en tiempo real una agravación del sistema cardiaco del paciente, que por el nivel de atención del centro de salud policial, ameritaba una remisión inmediata a un centro de salud de mayor complejidad, disponiendo su traslado a la E.S.E. Hospital San Rafael de la misma ciudad, siendo dicho centro de tercer nivel. Remisión que según lo probado, se efectuó de manera oportuna.

Conforme a lo anterior, se puede determinar que no se probó omisión o irregularidad en la atención médico asistencial del paciente, una vez requirió los servicios del centro de salud de la Policía Nacional, por lo cual no existe relación de causalidad que permita imputar responsabilidad en contra de la Institución Policial por estos hechos. Solicita se deniegan las pretensiones de la demanda.

- **MINISTERIO PUBLICO:**

Guardó silencio.

V. ANALISIS PROBATORIO

Al expediente se allegó el siguiente material probatorio, que fue decretado y practicado siguiendo las formalidades preestablecidas en las normas procesales, respetando el derecho de contradicción, publicidad y defensa de las partes y que por lo tanto se incorporaron al expediente como pruebas legalmente recaudadas y allegadas a la actuación procesal, razón por la cual se valorarán en conjunto, para soportar la decisión que en derecho corresponda:

- **Documentales:**

1. Copia autentica de registro civil de nacimiento de EDWIN FERNANDO PINEDA PATIÑO. (fl.24)
2. Registro civil de defunción de EDWIN FERNANDO PINEDA PATIÑO del día 26 de Diciembre de 2010. (fl.25)
3. Registros civiles de nacimiento de los señores JOSE VICENTE PINEDA SOLEDAD, CARLOS IVAN PINEDA PATIÑO, ANGIE MARCELA PINEDA PATIÑO, YENNY PAOLA PINEDA PATIÑO, NESTOR DUVAN PINEDA PATIÑO, YANETH ROCIO PINEDA PATIÑO, JAVIER ALEXANDER PINEDA PATIÑO y de OMAR VICENTE PINEDA PATIÑO. en donde se demuestra el parentesco con el joven fallecido. (fl.26- 33).
4. Copia auténtica de la partida de Bautismo, del señor DEOGRACIAS PATIÑO PUERTO (fl.34)



5. Original de las formulas médicas ambulatorias No. 63931 del 18 de Febrero de 2008, No. 50712 de 25 de Agosto de 2009, No. 01535 del 24 de Marzo de 2010 y No. 01546 24 de Marzo de 2010, en donde se evidencia los medicamentos formulados al joven EDWIN FERNANDO PINEDA PATIÑO (fls. 35 a 40).
6. Copia de la historia clínica de EDWIN FERNANDO PINEDA PATIÑO expedida por la policlínica de Risaralda, aportada por la parte demandante, con fecha de atención del 24 de marzo de 2010. (fls. 41 y vto)
7. Copia de la historia clínica de EDWIN FERNANDO PINEDA expedida por la policlínica de Tunja (fls. 42 a 48), seguido de la epicrisis e historia clínica E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA, aportada por la parte demandante. (fls. 49 a 130)
8. Constancia de conciliación prejudicial (fl. 131 a 135)
9. Copia autentica de la Historia Clínica del señor EDWIN FERNANDO PINEDA PATIÑO, aportada por el Hospital San Rafael. (fl. 178 a 254 y 409-545)
10. Transcripción de la Historia clínica aportada por el Hospital San Rafael de Tunja. (fls. 255 a 269 y vto- 500 a 545)
11. Copia de Historia clínica de EDWIN FERNANDO PINEDA PATIÑO aportada por NACION- POLICIA NACIONAL (fls. 295 a 300 Y 657-658 VTO)
12. Copia de la historia clínica sobre la atención prestada en Risaralda (fls. 301-302 vto, 660-661 VTO,).
13. Copia autentica del Informe pericial de Medicina Legal y ciencias forenses, donde se descartan estudios complementarios. (fls 307 a 308)
14. Registro civil de nacimiento de la señora María Leonor Patiño Pineda, y del señor DEOGRACIAS PATIÑO PUERTO en donde se demuestra el parentesco con el joven fallecido. (fl. 340-341)
15. Certificado de la representación legal del Hospital San Rafael y su transformación a Empresa Social del Estado, como entidad pública, descentralizada de categoría especial del Orden Departamental, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa y secretaria de Salud de Boyacá, solamente cumple funciones de inspección vigilancia y control. (fl. 342).
16. Informe pericial de Necropsia N° 2010010115001000213 de fecha 27 de diciembre de 2010 emitido por Medicina Legal y Ciencias Forenses (fls. 603-607 vto)
17. Copia de la Hoja de vida de EDWIN FERNANDO PINEDA PATIÑO (FLS. 617-620).

18. Certificaciones suscritas por LA GERENTE DE PROCESOS JUDICIALES DE LA PREVISORA, respecto de las pólizas N° 1002711, 1003842, 1004102, (fl. 701-707).

- **Pruebas periciales:**

19. Informe pericial forense N° UBGG- DSB- 00228-2016 de fecha 15 de junio de 2016, emitido por la profesional Claudia Patricia Barreto Soler (fl. 715-719); Se advierte que este dictamen fue tachado en audiencia de pruebas de fecha 26 de agosto de 2016 (fl. 742- y ss), la tacha de resolvió en esa oportunidad y para el efecto no se realiza la contradicción al dictamen, se relevó a la perito de Medicina Legal y se ordenó la práctica de otra Prueba pericial.

20. Dictamen rendido por los Médicos CARLOS HUMBERTO SAAVEDRA TRUJILLO y GUILLERMO MORA PABON, especialistas de la UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA, junto con los anexos enviados , y la audiencia de contradicción del dictamen (fls. 756-761, 764-767 vto, 768-900, 941-944)

- **Testimoniales:**

En audiencia de pruebas instalada el día 17 de febrero de 2016³, se practicaron las pruebas testimoniales de los doctores JULIO ALBERTO VELANDIA, Dr. ROBERTO ULISES PEREZ YAGUAS; así como los testimonios de los señores FERNANDO PINEDA SOLEDAD, MERCEDES CONTRERAS SALAMANCA, y ADRIANA MATILDE DAVILA (DVD fl. 649) :

➤ **Testimonio del Dr. JULIO ALBERTO VELANDIA ESCOBAR (minuto 00:25:21):**

PREGUNTADO: (00:25:23) "Haga saber al despacho de manera cronológica todo cuanto sepa de las razones de modo, tiempo y lugar de los hechos relacionados con la muerte del patrullero EDWIN FERNANDO PINEDA PATIÑO, ocurrida en la fecha 26 de Diciembre de 2016..." *CONTESTO: "en el hospital san Rafael de Tunja se recibe solicitud por parte de la policlínica de Tunja en donde se dice que hay un paciente que tiene complejidades superiores a su capacidad de atención y que requiere unidad de cuidados intensivos para ser manejado, inmediatamente se acepta al paciente y el paciente es remitido a la unidad de cuidados intensivos donde hace un pare en el servicio de urgencias para verificar su condición de ingreso a la institución y hacer la parte administrativa y rápidamente es pasado a la UCI, el hospital tiene un servicio de UCI que pare efectos de este caso , es uno de los cinco mejores del país.. tienen un recurso humano y tecnológico para atender este tipo de pacientes, es una situación muy frecuente atender este tipo de pacientes.. Ingresó el paciente en estado shock, para claridad existen 4 tipos de shock ; En este caso teníamos un paciente que se encontraba en un shock profundo al inicio del tratamiento fue difícil establecer la causa del shock, y se empezó a hacer una serie de exámenes de laboratorio, clínicos y monitoreo en donde se le hace seguimiento a las variables fisiológicas que le mantienen la vida al paciente, en la primeras evaluaciones la valoración que se hace es que el paciente puede estar cursando con un shock séptico, quiere decir que una bacteria está circulando o está instalada en alguna parte del cuerpo que está generando una infección, sin embargo hay un examen que es un*

³ FI 632.649

electrocardiograma que tiene unas variaciones, que para la edad del paciente era difícil de interpretar en un paciente de 22 años es difícil que haga un infarto... pero un paciente de 22 años que ingresa a la institución en tan malas condiciones tendría que ser una mal formación congénita, la cual previa valoración del ingreso a la Policía hace pensar que no es, porque tuvo una valoración de su estado de salud que le permitía ser patrullero del institución, entonces, era poco posible, pero lo que más nos orientaba era que el paciente tenía un cuadro infeccioso severo que le estaba generando el shock, sin embargo la medicina no es una ciencia exacta, la medicina es una ciencia de probabilidades y los médicos nos basamos en tomar decisiones de acuerdo a una probabilidad.. la mayor probabilidad que tenía el paciente de tener una enfermedad es una infección severa que le pudiera estar dañando su condición de salud, sin embargo al ser una ciencia que se basa en probabilidades, la opciones menos remota se deben estudiar y se tiene que tomar pruebas para que esas pruebas remotas nos digan si es o no es, pero en principio el actuar del médico debe estar guiado a la mayor probabilidad diagnóstica que tiene el paciente cuando su diagnóstico no es totalmente claro, cabe aclarar aquí que las enfermedades tienen pruebas diagnósticas pero ninguna es absoluta, es decir, yo para hacer un diagnóstico en un paciente la primera base es el examen clínico, como se encuentra el paciente por qué consulta y cuales variables fisiológicas han variado y con respecto a eso se hace una hipótesis diagnóstica, y en base a eso se hace otros exámenes para poder descartar, pero el actuar debe ser de acuerdo a la primera impresión diagnóstica, las probabilidades remotas se tienen que descartar y usted puede empezar manejos con respecto a esas hipótesis poco probables siempre y cuando no este contraindicadas o en su entender médico no le vaya a generar un efecto secundario indeseable al paciente.. en el caso del patrullero la primera posibilidad que se pensó fue que fuera un cuadro de infección que le estuviera generando su condición y se le empezó el manejo, la segunda probabilidad que era muy remota era que pudiera estar haciendo un infarto agudo en el miocardio por el electrocardiograma, probabilidad muy remota pero sin embargo como médicos se tiene que buscar pruebas que lo descarten o no; el manejo usual de un evento coronario agudo, o un dolor torácico secundario a un evento coronario agudo, no contraindicaba en el paciente iniciarle un manejo y por eso se le inicio el manejo también para un infarto... sin embargo se buscó una prueba que nos hiciera acercarnos a la realidad; el ecocardiograma es una prueba que daría una ayuda para esclarecer la situación del paciente, el ecocardiograma no definiría el manejo del paciente, si el ecocardiograma nos descartara la posibilidad de un infarto tendríamos que quitar un tratamiento, pero si el ecocardiograma nos confirmara un diagnóstico de un infarto deberíamos seguir con el tratamiento que se le había iniciado; en medicina existe la posibilidad pre-test, es decir como médico se tiene que saber antes de hacer un examen que resultados pueden salir y que voy hacer con esos resultados, nunca pedimos un examen a ver que sale, simplemente yo pienso que mi paciente puede tener una enfermedad y con base a esa enfermedad hare unos exámenes, algunos exámenes que serán muy buenos para confirmar la enfermedad y unos exámenes muy buenos que serán para decir esa posibilidad no es lógica, o no es probable, entonces el ecocardiograma nos daría una posibilidad de confirmar un diagnóstico de un tratamiento que ya habíamos iniciado, no nos daría un nuevo diagnóstico para iniciar un nuevo manejo, el paciente se le ofrece todo lo que el necesita de acuerdo a nuestras condiciones en UCI polivalente, es decir, tenía soporte ventilatorio, tenía soporte vasactivo, tenía tratamiento antibiótico se le hicieron los exámenes para confirmar su infección, y quedaba pendiente hacer el ecocardiograma para definir, el ecocardiograma es un estudio anatómico y funcional en un momento estático de una enfermedad de un paciente, es decir yo puedo hacer un ecocardiograma hoy a las 10:10 de la mañana y a las 10:15 de la mañana puede ser totalmente diferente, el ecocardiograma es una valoración transversal en un momento de la vida, de una situación en un tiempo de 1, 2, 3, o, 5 minutos lo que gaste el cardiólogo haciéndoselo, nosotros tenemos un sistema del monitoreo, que nos da una funcionabilidad del corazón no estructura- anatómica, es decir, el ecocardiograma nos dice si el corazón es redondo, cuadrado, triangular, las válvulas abren o cierran bien y en ese momento que se tiene puesto el transductor se contrae bien o no se contrae bien, pero no predice que va a pasar a los 5, 10, 15, a la media hora, para efectos del diagnóstico del paciente el ecocardiograma tendría que haber mostrado trastornos segmentarios de la contractibilidad, es decir, que un pedacito se hubiera muerto, el resto se contrae bien pero el pedazo que está muerto no se contrae bien, para efectos del estado hemodinámico del paciente nosotros necesitábamos una valoración permanente y continua de que estaba pasando con su corazón y con la capacidad que tenía ese corazón de per fundir los diferentes órganos,

por eso se le coloco un catéter que se llama catéter de swan ganz, el catéter de swan ganz es un cateter que se coloca vía externa al cuerpo a través de una vena central que se instaura en el ventrículo derecho y él tiene la capacidad de medir la cantidad de sangre que sale del corazón, la cantidad de sangre que va al pulmón, la resistencia es decir que se opone a que la sangre fluya hacia el pulmón, si es del corazón derecho que sería el ventrículo derecho o al resto de los órganos si es del corazón izquierdo que es el ventrículo izquierdo, la ventaja del catéter de swan ganz sobre el ecocardiograma es que es dinámico permanente y continuo, yo puedo tener una valoración sobre la funcionabilidad del paciente en el tiempo, los cuatro shock que explique al inicio se puede hacer diagnostico a través del catéter de swan ganz, no se puede hacer diagnostico a través del ecocardiograma, es decir si hay una infección en el sistema el ecocardiograma no lo determina, daría señas indirectas si por ejemplo tiene una endocarditis diría que tiene unas vegetaciones en las válvulas del corazón pero si tiene una neumonía, meningitis, si tiene una infección de tejidos blandos, el ecocardiograma no informa eso simplemente el ecocardiograma nos diría que está pasando ese instante en el corazón, no más, pero el catéter de swan ganz permite evaluar esas variables y es el gol estándar en el mundo para determinar las diferentes clases de shock y tienen unos patrones de comportamiento que nos permiten definir si tiene uno de los cuatro diferentes clases de shock, a este paciente se le ofreció esta oportunidad, se le colocó un catéter de swan ganz y el catéter decía que las pruebas que hacíamos seguían siendo como pensábamos clínicamente que iba más hacia un proceso infeccioso, porque tenía una resistencia a sistémica muy bajas, eso quiere decir que sus venas y sus arterias estaban muy dilatas y el corazón latía muy rápido y muy fuerte, pues normalmente uno necesita que el corazón expela 5 litros por minuto para mantener nuestra economía con un aporte adecuado de oxígeno y de nutrientes, en ese momento ese corazón expelia más de 5 litros no me acuerdo la cifra exacta pero creo que estaba en 8, es decir que el corazón sabía que había algo que le generaba a la economía del sistema de este paciente unas necesidades mayores de oxígeno y él tenía la capacidad de responder para mandar esas necesidades de oxígeno que se encontraban y eso nos hacía pensar que no era shock cardiogénico y no lo descartaba de lleno, porque el corazón si estuviere infartado hace algo que se llama índice cardiaco cerca de 2 y cuando el paciente esta escéptico el índice cardiaco se sube alrededor de 8, en el contexto general de la vida y de la realidad del país y de Colombia, los cardiólogos no son personas idóneas para manejar shock cardiogénico, yo soy formado en la fundación Shaio una de las clínicas más reconocidas en el país por su experiencia en cardiología y ha sido pionera en la mayoría de manejos del corazón y soy reconocido nacionalmente e internacionalmente como una persona que investiga y que escribe tengo un reconocimiento académico muy fuerte, yo expongo o presento charlas y trabajos a nivel nacional e internacional lo que hace que la idoneidad para manejar este paciente en mi formación académica es totalmente con la posibilidad de que es cierto, de comprobar mi idoneidad, ustedes pueden averiguar que tanto hace un cardiólogo en la uci general, hay unidades de cuidado intensivo coronarias y cuidados intensivos generales, las unidades de cuidado intensivo coronarias se dedica única y exclusivamente en pacientes con enfermedades coronarias y las UCI generales nos dedicamos tanto a lo coronario como a lo infeccioso, como a lo trauma, como a las cirugía especializada, es decir que tenemos un campo de acción mucho mayor las unidades de cuidados intensivos generales que las cardiovasculares, las cardiovasculares cuando tiene problemas infecciosos, no atienden a los pacientes y el señor juez podrá hacer una investigación o las partes en este pleito, cuántas unidades del país tiene cardiólogo presencialmente y cuántos 24 horas al día y le podría decir al señor juez que son muy pocos, casi menos del 5% en el país, la gran mayoría de unidades de este país son manejadas por médicos intensivistas y así lo dice La ley los criterios de habilitación del ministerio de salud para unidades de cuidados intensivos, dice que las unidades de cuidados intensivos deben ser dirigida por un médico especialista en cuidado intensivo y puede tener médicos especialistas en urgencias en anestesia en cirugía en medicina interna, como médicos tratantes siempre bajo el mando de un especialista en cuidados intensivos entonces la idoneidad para atender este paciente, que el hospital ofreció era correspondiente a las necesidades, que es lo que pasa, volviendo a la realidad del país en las épocas navideñas, nunca va a haber un cardiólogo en las unidades de cuidados intensivos, porque los cardiólogos tiene un concepto de sus actividades laborales más hacia la consulta externa a ver pacientes hospitalizados en piso y no en unidades, entonces, en el contexto general del país remitir al paciente a otra unidad es un acto que se tiene que hacer como un acto anti demanda pero con la conciencia de que no va a suceder, la policía le dijo al hospital "tengo un paciente superior a la

complejidad superior a la que tengo yo instalada para atenderlo, ayúdenos," el hospital simplemente analiza, "si, yo tengo mejores posibilidades que ustedes clínica de la policía entonces yo lo recibo y buscamos la manera de mandarlo si es una situación más compleja" si, yo les enseño a mis alumnos que si yo tengo un paciente hospitalizado en muso pues en hospital san Rafael siempre va estar mejor atendido en el hospital san Rafael que en el hospital de muso, porque el hospital de muso tiene unas condiciones diferentes a las del hospital san Rafael, es lo que pasa en este momento, la policlínica no tiene la complejidad, es más, en Boyacá de alta complejidad, el hospital san Rafael de Tunja es el de más alta complejidad, tan alta es su complejidad que tiene que atender a los pacientes de Arauca, Casanare, algunos de Santander de Cundinamarca, entonces, definiendo el contexto nacional y del momento y de la situación, yo creo que el paciente fue remitido a la institución en la cual se le podría ofrecer una atención en ese momento más idónea que tenía cerca el paciente, si lo hubiéramos mandado al medical center de Houston de pronto tenía condiciones superiores que el Hospital San Rafael para atenderla pero en el medical center de Houston no lo iban a recibir que es la realidad del país, nosotros para sacar un paciente de la UCI a cualquier institución de Bogotá nos podemos gastar 10, 15 o morir el paciente sin que salga es la realidad del sistema nacional de la salud, yo he visto morir mucha gente joven, por ejemplo Boyacá no cuenta con Hematólogos y he visto pacientes que se mueren esperando un Hematólogo, en Boyacá la cardiología invasiva no existen personas en Boyacá que ofrezcan esas posibilidades, la gran mayoría viene de Bogotá, están 1, 2, y 3 días y se van, entonces **si bien el hospital san Rafael no es la institución más compleja en la calidad de atención a los pacientes en Colombia si tiene unos estándares de calidad y sus índices de calidad que tiene los maneja por encima de las mejores instituciones del mundo**, entonces eso nos hace pensar que el paciente se remitió a donde las posibilidades de la realidad del país y del momento se le daban, yo puedo decirle a usted que nosotros tenemos un índice de rechazo de pacientes del 5%, es decir, paciente que nos dicen por favor recíbalos y no los podemos recibir porque no tenemos disponibilidad de cama, y hay personas que no se le puede dar la oportunidad, a él gracias a Dios había cama y se le puso ofrecer las necesidades que le tenía, y el paciente muere en un cuadro de infección severa que no es tan infrecuente, en el hospital aproximadamente entre 5 y 8 pacientes en el año mueren en ese tipo de condiciones, con un cuadro de shock severo y al inicio es difícil interpretarlo y al inicio toca hacer muchas cosas para abarcar la mayor cantidad de posibilidades y ver su respuesta al tratamiento para definir o poder establecer más el tipo de diagnóstico por el cual tenemos que acercarnos, pero esas definiciones nos darían más para quitarles tratamientos que hemos iniciado en forma preventiva o empírica que llamamos los médicos, mas no para adicionar otro tratamiento, **me explico en el caso del paciente, siempre pensamos que tuviera un proceso infeccioso severo y le iniciamos manejo para ese proceso infeccioso severo pero sin embargo existía la posibilidad que tuviera un evento coronario agudo y le iniciamos el manejo para el evento coronario agudo, los exámenes que estábamos solicitando complementarios era para quitarle esos tratamientos no para iniciar uno nuevo en el contexto de una enfermedad coronaria sino la hubieran confirmado, nos hubieran dicho "si, el paciente tiene un infarto y requiere otra cosa" nadie en el mundo le hubiera dicho otra cosa diferente invasiva o quirúrgica o de cateterismo diferente a los que hicimos nosotros porque la condición del paciente no permitía que fuera llevado a un manejo cardiológico invasivo ni mucho menos quirúrgico tendríamos que manejar el infarto y esperar como se resolvía y ahí si poderlo intervenir, tengo conocimiento del resultado de la autopsia, y la autopsia nos da la razón en nuestra manera de pensar y de actuar el paciente muere en una Neumonía y en un shock séptico severo secundario a una neumonía y con una disfunción de órganos, disfunción del hígado, disfunción del corazón, entonces al leer la autopsia quede muy tranquilo con Dios y con el paciente porque el actuar que tuvimos en la unidad de cuidados intensivos fue congruente con la autopsia, la neumonía es una infección que se adquiere de manera aguda que es frecuente en el país, que genera mortalidad de acuerdo a la severidad del germen y de acuerdo al estado inmunológico del paciente, per la autopsia, dice, si, el paciente tenía una neumonía y por esa neumonía hizo una condición de disfunción de otros órganos e hizo una condición de un shock que nos hace pensar que en nuestro actuar el diagnostico principal que colocamos y el manejo que le iniciamos fue correspondiente a lo que la autopsia dice que tenía**, las otras situaciones son situaciones de seguridad médico legal que uno como médico tiene que tomar para no pensar que uno es Dios y que lo que uno decide esta 100% bien, que uno tiene que tomar exámenes que le ayuden a descartar posibilidades, como le dije anteriormente a quitar tratamientos más que a ponerlos"...**PREGUNTADO:** (52:00) - "ilustre al despacho y a esta audiencia, teniendo en

cuenta la historia clínica que se allego por parte del hospital San Rafael de Tunja, que obra folio 409 y ss. Se observa una epicrisis, una nota que señala "inicio de metoprolol endovenoso por evolución tórpida y la no disponibilidad de toma de ecocardiograma en las próximas 18 horas de decide tramite de remisión UCI adultos cardiovascular según red de prestación de servicios" explíqueme a la audiencia el contexto de esa anotación en la epicrisis"... CONTESTO: "Responde al minuto (52: 50) el metoprolol es una medicamento que hace que el corazón no lata tan rápido el corazón consume oxígeno de acuerdo al número de latidos que haga por minuto, normalmente un persona late a 80 latidos por minuto, una persona con entrenamiento físico o deportista late 45-50 por minuto, un corazón enfermo que tiene que cumplir con las demandas que exige el cuerpo tiene que latir por encima de 100-120, pero eso hace que el corazón tenga que consumir mucho más oxígeno y pueda desencadenar un falla cardiaca por la taquicardia, entonces lo que nosotros hacemos es colocar un beta bloqueador endovenoso para que la frecuencia cardiaca disminuya el consumo de oxígeno por parte del corazón, y de esa manera aliviemos el estado de estrés en el que se encuentra el corazón en un estado crítico"... PREGUNTADO: (53:53) "según esta anotación pareciera ser que al paciente no se le hizo el ecocardiograma, pero en su deposición indica que se le hizo una ecocardiograma al paciente. CONTESTO: "Responde "no, yo nunca dije que hicimos un ecocardiograma, hicimos un monitoreo hemodinámico que a diferencia del ecocardiograma no muestra la estructura anatómica simplemente muestra la funcionabilidad del corazón"... PREGUNTADO: "¿el ecocardiograma?" CONTESTO: No, el monitoreo que se le hizo que se llama el catéter de swan ganz o catéter arteria pulmonar, la ventaja del catéter de swan ganz sobre el ecocardiograma es que me muestra la funcionabilidad del corazón en el momento que yo quiera durante todo el día"... PREGUNTADO: "¿no en un instante preciso?" CONTESTO:....Exactamente señor juez, entonces lo que sucede en el actuar Colombiano, en el actuar médico legal, cuando yo debo requerir una prueba, para descartar un diagnostico yo tengo que buscar la manera que me lo hagan, el hospital no ofrece el servicio de cardiología y en ninguna institución en Colombia ni en Tun-Boyacá, ofrece un servicio permanente de cardiología no están permanentemente dentro de las instituciones, los cardiólogos son médicos de llamado, a diferencia de los intensivistas; los intensivistas somos 24 horas al día, 365 días al año, que estamos presenciales,, entonces uno como médico en su actuar médico legal, uno busca ofrecerle lo mejor al paciente para el paciente sería bueno hacerle el ecocardiograma, pero no definitivo en su vida, el ecocardiograma no nos iba a decir que colocáramos otro tratamiento, nos diría que podríamos quitarle un tratamiento, porque las valoraciones del catéter de swan ganz no descartaba planamente que el paciente estuviera haciendo un shock cardiogénico, si el paciente hubiera tenido un shock cardiogénico hubiéramos visto el diagnóstico y tendríamos que remitirlo a una unidad coronaria para que posteriormente que saliera de su estado crítico, los cirujanos cardiovasculares o los hemodinamistas o el especialista correspondiente pudiera intervenirlo, pero en ese instante no había forma de que le hicieran ningún tipo de intervención, entonces que hacen los médicos, yo sé que en Tunja no hay hematólogos y yo sé que en Tunja no tengo posibilidades que me vea un hematólogo pero yo tengo que escribir en la historia clínica, que ese paciente se beneficia de que lo vea un hematólogo, lo escribo pero no define mi actuar, yo escribo, necesito el ecocardiograma, pero digo, "como no tengo ecocardiograma entonces no hago nada", NO, en la medicina no es así, en la medicina uno tiene que de acuerdo a su valoración clínica y a su manera de entender la enfermedad del paciente tiene que actuar; si existen la posibilidades de otros exámenes, otros especialistas, tratamientos, tiene que escribirlos como tal y buscar la oportunidad de brindársela, pero no puede dejar de actuar"... PREGUNTADO: (57:30) "sírvese entonces a concretarle al despacho que ¿De esa nota en la epicrisis no se puede deducir de manera absoluta y contundente que engonces el estado de la persona requería indudablemente de un examen de remisión a la UCI de adultos cardiovascular sino que era una manera de descartar algún tratamiento de los que estaban haciendo?" CONTESTO: " si señor juez la apreciación es correcta, uno como médico evalúa un paciente e inicia un tratamiento... el ecocardiograma nos descartaría un diagnóstico, nos diría no tiene infarto y entonces le quitaría todo el tratamiento de infarto que le pusimos, o nos dice, si tiene infarto, entonces le sigo el tratamiento, lo sigo manejando trato de sacarlo de su estado crítico y de esa manera posteriormente le ayudó a su corazón, los mejores estudios en el mundo nos demuestra que un paciente en las condiciones en las que tenía el paciente si es remitido, entre un 30% - 40% de sus condiciones se van a desmejorar, el hecho de meter un paciente que este sin tensión, que este oxigenando mal, que no tenga un buen aporte de oxígeno a sus órganos en una ambulancia y sacarlo para otra institución,



la mortalidad aumenta entre un 20% a un 30% y mucho más cuando no es un desplazamiento de minutos, sino de horas, bajo unas condiciones que nunca se sabe, entonces uno como médico tiene que escribir eso... en la institución no más para sacar a radiología uno se sienta y analiza, ese examen que me va a decir y que tanto me va a hacer a mi cambiar mi tratamiento como para que yo ponga al paciente en ese riesgo de llevarlo a otro servicio fuera de la UCI, es el contexto de este paciente, este paciente seguramente se iba a morir en la ambulancia, entonces vuelvo y digo a medicina no es una ciencia exacta es una ciencia de probabilidades, entonces uno tiene que decir en donde está mejor mi paciente si lo remito o si lo dejo aquí quieto, si lo remito tiene un altísimo riesgo de morir en el traslado, entonces no lo remito pero tengo que decir desde el punto de vista médico legal, para este paciente sería bueno el ecocardiograma pero no define su actuar, no define le hago o no le hago, yo tengo que hacerle sino está contraindicado; ejemplo ¿la aspirina está contraindicado?, anti coagularlo estaba contraindicado, no, ponerle el beta bloqueador estaba contraindicado, no, yo le pongo todo eso mientras aclaro si lo tienen o no, si está contraindicado, pues no le pongo aspirina a pesar de que piense en un infarto, pero está contraindicado porque tiene un ulcera gástrica sangrante, entonces no se lo pongo; mas o menos entre lo que yo hago y las posibilidades que tiene el paciente desde el punto de vista médico legal, desde el punto de vista de responsabilidad médica, por responsabilidad medica tengo que atenderlo con lo que tenga y desde el punto de vista médico legal tengo que escribir las posibilidades que él tiene, y tengo que decirle a la familia, como médico tratante me gustaría tener un ecocardiograma para descartarle un infarto, me gustaría, pero en este momento no lo tengo y tengo que decirse no tengo que taparlo ni callarlo, tengo que decirle señor familiar su paciente sería bueno tenerle un ecocardiograma pero en este momento en Tunja en Boyacá no hay un cardiólogo que lo haga, el hospital no tiene contratación de cardiología indefinidamente, señor juez en este momento la mayoría de los infartos que suceden en el hospital no lo ven los cardiólogos, lo vemos los intensivistas"... PREGUNTADO: (1:07:21) "precísele al despacho en definitiva es, ¿esa anotación en la epicrisis respecto a lo cardiovascular, finalmente después de conocido el proceso, después de verificar usted también con la necropsia, definitivamente se descarta que el paciente haya muerto por un problema cardiovascular, en consecuencia el tratamiento que se le dio para el otro shock séptico fue el correcto?" CONTESTO: Sí señor, conocida la autopsia quede muy tranquilo, porque realmente la interpretación que se le hizo al paciente dentro de la institución por los médicos, por el equipo tratante fue le adecuado y en ningún momento mostro que tuviera una afección cardiovascular, tenía un compromiso secundario a sepsis de su corazón como le puede suceder a todos, pero no decía que tenía la válvula dañada, que tenía la aorta rota, cosas como estas de las que nos hubiéramos podido dar cuenta que son cosas catastróficas y estamos acostumbrados a manejar cosas catastróficas, entonces en consecuencia el tratamiento que se le dio al paciente era el que en su momento necesitaba y en el que el contexto nacional del sistema de salud y en Boyacá Tunja ese día era lo mejor para él." PREGUNTADO: (1:09:17) "vemos que el señor juez ha insistido mucho en el tema del ecocardiograma por el cual me permito hacerle al testigo el siguiente interrogante. ¿Manifiéstele a este despacho si el ecocardiograma era el estudio más pertinente para evaluar la patología y tomar la conducta médica necesaria para el paciente?" CONTESTO: "Era un estudio que podía anexar una información que debía ser interpretada esa información en el contexto clínico, pues es diferente un ecocardiograma que tiene una función ventricular izquierda de un paciente que viene caminando en la calle y está tranquilo a un ecocardiograma que dice que tiene una disfunción ventricular izquierda a un paciente que está a punto de morir, entonces no hay un examen en el mundo que solo ese examen decida que hacer o no hacer con un paciente es la suma de una interpretación clínica y de varios exámenes los que nos llevan a tomar una decisión no hay examen estándar que no lo pueda presumir clínicamente, En el despacho debe quedar claro que los médicos no pedimos exámenes para ver que tiene el paciente es para confirmar un posibilidad clínica que yo ya estoy pensado. ... PREGUNTADO: (1:12:48) "sírvese a indicar si los estudios realizados al paciente EDWIN FERNANDO PINEDA permitieron el adecuado control y manejo y toma de decisiones en el manejo de la patología del paciente"... CONTESTO: Los tratamientos que se le iniciaron al paciente si fueron los adecuados en el contexto de la interpretación clínica que le hizo el grupo tratante, los resultados no fueron buenos porque ya sabemos cuál fue el resultado, pero en el contexto clínico y en el momento del paciente y en el lugar que se encontraba y en el sistema nacional de salud de Colombia se le brindo todo lo que el necesitaba". PREGUNTADO: (1:13:32)

Manifieste según su formación académica y sus competencias cual fue la experiencia del

manejo de este paciente con la patología cardíaca vascular que se le dio y si el hospital cumplía con los requisitos y con las exigencias para dicho tratamiento. CONTESTO: "yo quiero hacer una claridad, la patología cardíaca vascular que ustedes llaman era secundaria a un proceso infeccioso no era la patología de base; es decir, él tenía una neumonía que le lesiono el sistema circulatorio y cardiovascular, no al contrario él no tenía una patológica cardiovascular y circulatoria que le genero alteración del pulmón, no, primero él se le infecto el pulmón hizo una neumonía y esto hizo que lo demás disfuncionara, disfunciono también el hígado, disfunciono también el sistema gastrointestinal. .." PREGUNTADO: (1:18:34), "manifiéstele al despacho si el medico intensivista según el protocolo medico pueda reemplazar a cardiólogo." CONTESTO: "la formación académica para manejar un paciente en estas condiciones es superior al del intensivista a la del cardiólogo, el cardiólogo solo maneja el corazón, el intensivista maneja: cerebro, pulmón, corazón, riñón, intestino, sistema inmunológico, maneja todo, el cardiólogo solo maneja corazón"... PREGUNTADO: (1.19:36) Digale al despacho si en ese periodo, antes descrito del 24 al 26; por parte suya o por parte de los otros intensivistas se realizó alguna actividad tendiente a buscar cardiólogo, ¿en caso afirmativo cuál?" CONTESTO: "Realmente cardiólogo para que nos definiera un manejo, no necesitábamos, necesitábamos era un ecocardiograma para descartar un diagnostico; y realmente el diagnostico lo hace el ecocardiograma que es potestad legal y científica únicamente del cardiólogo; lo que se hizo fue solicitar el ecocardiograma, y hacer una posible remisión para hacerle un ecocardiograma, lo que pasa es que vuelvo y explico desde el punto de vista médico-legal nosotros tenemos la obligación de hacerlo, pero desde el punto de vista real tenemos que brindarle al paciente la atención con las condiciones que contamos". PREGUNTADO. (1:22:15) "por favor manifiéstele al despacho el shock séptico que especialista lo trato, que especialista lo diagnostico y cuál fue el tratamiento". CONTESTO: "El diagnostico shock séptico se hace a través de la medición de las variables fisiológicas cardiovasculares, índice cardiaco, resistencias vasculares sistémicas aunado a algo que se llama respuesta inflamatoria sistémica que tiene 5 variables que es: fiebre, taquicardia, leucocitosis y aumento de la frecuencia respiratoria; el diagnostico lo hizo un internista neumólogo y un intensivista y el manejo que se le dio fue ventilación mecánica, líquidos endovenosos, soporte vasopresor, antibióticos, electrolitos, nutrición, rehabilitación, prevención de sangrado digestivo, prevención de trombosis venosa profunda, se le tomaron cultivos de sangre de muestra de pulmón, para tratar de esclarecer la bacteria que estaba generándole la enfermedad al paciente; si bien es cierto veo que aquí están maximizando lo que no se hizo, están minimizando lo que se hizo a ese paciente se le hizo todo lo que dice la guía mundial de sobrevivir a la sepsis, se llama así y ustedes pueden buscar en internet; para esa época yo era miembro del staff de la Sociedad Colombiana de Cuidado Intensivo que saco la primera guía de manejo de la sepsis en Colombia y yo formo parte de los 11 expertos que hizo ese documento; entonces para su respuesta se le dio el tratamiento que dicen las guías mundiales y se lo dirigió en forma permanente un especialista entrenado y con el reconocimiento legal en Colombia para ejercer la actividad de cuidado intensivo". PREGUNTADO: (1:25:51) "manifiéstele al despacho si el paciente estuvo durante 3 dias aproximadamente y entra con un cuadro de infección de amigdalitis y se ordena una remisión, cual fue el motivo por la cual no se hiciera la remisión habiendo tenido de ese tiempo disponible" CONTESTO: lo primero que quiero decirle es que los médicos hacemos presunciones diagnósticas y tenemos que hacer exámenes para comprobar diagnósticos, entonces el diagnostico de amigdalitis puede estar en el mismo contexto clínico que una neumonía, porque los dos son una infección de la vía respiratoria; no conozco una amigdalitis que haya llevado a un paciente a las condiciones en las que llego el paciente, el diagnostico de amigdalitis obviamente tenemos que descartarlo y nunca fue un diagnóstico de trabajo de la unidad de cuidados intensivos y no se remitió porque era más riesgo remitir al paciente que mantenerlo manejado en la unidad de cuidados intensivos; yo quiero señor abogado que usted se ponga en la condición de un paciente en esas condiciones dentro de un carro transportándose de aquí a Bogotá; una persona que muere en las siguientes 48 horas, ¿qué le hubiese podido pasar si se transporta de aquí a Bogotá en esas condiciones?, hubiera fallecido antes, vuelvo y digo en el contexto de hacer y en contexto médico-legal, este nos obliga a escribir en la historia una posibilidad, y describir porque si y porque no; pero realmente pueden ustedes preguntarle a cualquier intensivista, que un paciente ventilado, con soporte cardiovascular, en estado permanente de shock, con esa hemodinamia que tena si la hubiéramos intentado cambiar en es; si hubiésemos permitido de salir del hospital, la muerte hubiera sido mucho más pronta. PREGUNTADO: (1:28:08) "teniendo en cuenta la ausencia de prueba documental específicamente las historias clínicas que no reposan en el expediente,

me remito a otra pieza procesal que es el escrito de demanda para efecto de realizar una pregunta la doctor Velandia...según los hechos tercero y cuarto del escrito de demanda, se indica que para el día 24 de Diciembre del año 2010 a las 2:10 horas, se ingresó el paciente a la policlínica con un dolor garganta, fiebre y malestar general se le practicaron sus exámenes y se le médico y se envió para la casa, posteriormente el día mismo 24 de Diciembre a las 9:12 horas de la noche, regresa nuevamente a la policlínica, con presencia de dolor torácico tipo opresivo de intensidad 9- 10 asociado a dificultad respiratoria leve, refiere episodios similares pero con mejoría espontanea del dolor, con base en ello se remite en esa hora 9:12 de la noche del 24 de diciembre se remite para el hospital san Rafael, con base en este contexto se le pregunta la doctor Velandia si el día 24 de diciembre de las 2 de la tarde a las 9 de la noche para posteriormente ser remitido al hospital san Rafael ¿fue oportuno esa remisión? Teniendo en cuenta el cuadro clínico que presentaba”. CONTESTO:, el medico lo manejo oportunamente, tomando una decisión de acuerdo a lo que el evaluó en su paciente, el shock séptico era tan severo y de una evolución tan rápida que vemos como en menos de 72 horas el paciente fallece, es decir que él puede haber consultado por los síntomas, en la parte inicial y las 8 o 10 horas lo ven tan malo que deciden remitirlo y el medico es consciente que donde él está trabajando no tienen las condiciones para tratarlo y lo que hacen es remitirlo; entonces pues ya con posterioridad... seguramente si yo lo valoro otra vez y pienso que es una amigdalitis hubiera actuado como él y si me llega otra vez mas malo y en malas condiciones también hubiera actuado como él, busco cual sea la mejor institución para remitirlo o por lo menos mejor que la que yo tengo”.PREGUNTADO: (1:36:39) “usted en la narración manifestó que al paciente se le practico dentro de la epicrisis un monitoreo a través de un catéter de swan ganz... infórmele al despacho si este tipo de examen o tipo de monitoreo puede practicarse por las clínicas u hospitales o centros de salud de cualquier nivel o especialmente este examen se practica en hospitales con niveles superiores” CONTESTO: Ese en un tipo de monitoreo exclusivo de unidades de cuidado intensivo y en situaciones especiales de sala de cirugía para pacientes que van a cirugía de corazón abierto, pero en ninguna otra institución y en ningún otro servicio de una institución se ponen catéter de swan ganz son exclusivamente de las unidades de cuidado intensivo. (1:37:41).

➤ **Testimonio del Dr. ROBERTO PEREZ YANGUAS, (minuto 01: 47):**

....”Conocido por la historia clínica de ese momento paciente joven 25 años de edad que llega a la urgencias del hospital san Rafael de Tunja en ese momento como médico internista me solicitan una valoración de un paciente por un dolor torácico, considerándose al momento como un síndrome coronario agudo, me lleva a mí a ver al paciente encontrado que el paciente tenía una enfermedad aguda en ese momento y que se quejaba de dolor torácico evidenciándose por los exámenes que se le hicieron que evidentemente mostraba alguna alteración inicialmente en la parte cardiaca, en un paciente joven que venía remitido de la clínica de la policía por un síntoma general de ardor faríngeo malestar, fiebre, en ese momento lo que hice profesionalmente fue valorarlo iniciarle un manejo de soporte a base de oxígeno, ordenarle canalización, líquidos endovenosos, pedir exámenes complementarios e iniciar un manejo que se le dio y posteriormente ante la evolución del paciente si lo estimaba pertinente por lo que generaba ese dolor torácico, remitirlo a la unidad de cuidados intensivos”..... (1:49:52) PREGUNTADO: “Ese fue el estado inicial del paciente, díganos doctor como fue esa evolución y finalmente a que diagnostico se llegó dentro de las condiciones de shock en la que venía la persona, como termino después del tratamiento y el diagnostico a la que fue sometido el paciente”...CONTESTA: Inicialmente uno hace una evaluación y una presunción diagnostica que posteriormente se va a corroborar, ante la evolución tórpida del paciente uno mira que el paciente necesita luego de abordarlo inicialmente, y ante la evolución del paciente pues pasarlo a una instancia donde haya monitoria adecuada permanente minuto a minuto que no existe en el servicio de urgencias por eso se solita la intervención de cuidados intensivos”. (1:55:40) PREGUNTADO: “en la presunción diagnostica que se encuentra en el paciente evidencia que es una situación que amerita por su estado, por lo síntomas que presenta no un manejo cualquiera sino directo un manejo de UCI” CONTESTA: Exacto, es un paciente que llega joven con un dolor torácico con una evolución desfavorable que necesita mayor monitoria

que no se tienen en un servicio de urgencias como total, entonces debe pasar a otra instancia para mayor monitoria para mayor complejidad en el manejo y hacer las intervenciones que requiere el paciente". (1:56:35) PREGUNTADO: Dr Pérez, según su presentación usted es médico internista neumólogo de acuerdo a su especialidad, infórmele al despacho si para llegar al diagnóstico de neumonía, cuales antecedentes clínicos o de sintomatología se llegan presentar para llegar a esa neumonía con cuanto tiempo podría llegar a repercutirse como sintomatología en un paciente" CONTESTO: Hay variabilidad de paciente a paciente+, hay pacientes que pueden presentar un periodo larvario de 72 horas, inician una neumonía, leve pero también puede presentarse en un lapso de 2 semanas que viene siendo el larvado de la neumonía, síntomas generales como tos, fiebre, dificultad respiratoria que se va haciendo más acentuada y malestar general". (1:58:08) PREGUNTADO: es decir, debíamos descartar que una neumonía puede desencadenarse durante año. CONTESTO: No, dependiendo también la exposición del paciente a ciertos aspectos, pero no, la neumonía bacteriana infecciosa es un periodo corto, inicialmente un gripa mal cuidada puede generar una neumonía"

- **Testimonio de FERNANDO PINEDA SOLEDAD (2:07:16):**

PREGUNTADO: (2:14:58) "Usted sabe o conoce que su sobrino haya padecido algún tipo de enfermedad parecida en fechas anteriores cuando estaba en la ciudad de Pereira" CONTESTO: .. "Sí, él había estado en el medico pero ala no le hicieron un tratamiento como especializado, es decir él estuvo varias veces en la clínica, pero la afección que lo aquejo cuando estaba en la ciudad de Pereira, es igual parecida o distinta a la que padeció en la ciudad de Tunja...Más o menos era de los pulmones, era fatiga, se fatigaba cuando hacia ejercicio, en su trabajo; fatiga más que todo. " PREGUNTADO: (2:15:44) "cuéntenos como es el núcleo familiar del agente EDWIN FERNANDO PINEDA PATIÑO" CONTESTO. "Mamá; maría Leonor Patiño pineda; papá, Vicente pineda; hermanos, JAVIER, ROCIO, DUVAN, MARCELA, PAOLA Y EL FALLECIDO". PREGUNTADO: (2:16:36) "Ese núcleo familiar como estaba compuesto; donde es su dirección, como vivían, todos vivían en la misma casa, quienes son mayores, quienes son menores. CONTESTO: "Ahorita todo están trabajando de todos los que nombre la única menor es marcela tiene 17 años". PREGUNTADO: Cuando él estaba en la policía en el año 2010 los hermanos a que se dedicaban. CONTESTO: "Ellos ya estaban trabajando en la policía... PREGUNTADO: "¿todos trabajaban en la policía?" CONTESTO: "si, todos son agentes de la policía, solo falta la menor que es la única que está estudiando". PREGUNTADO: ¿Cuál era la labor económica de los padres para la época del 2010? CONTESTO. "Mi hermano era policía, ya está pensionado"...PREGUNTDO. "cuéntenos cual fue el sentimiento, comportamiento, que padecieron después de la muerte, después de estos hechos lamentables de su deceso que tuvieron sobre todo sus padres" CONTESTO: "Él era muy especial con los padres, con la mamá, cuando estaba en Pereira todos los días se comunicaban con ella, y él estaba pendiente de los hermanos, cunado venia aquí estaba pendiente, tío vamos a hacer mercado, económicamente no le hacia falta nada, una familia muy unida los mantenía a todos muy unidos". PREGUNTADO: "señor pineda manifiéstele al despacho si tiene conocimiento que durante el tratamiento que le prestaron al patrullero EDWIN en la ciudad de Pereira le diagnosticaron alguna afección relacionada con el sistema respiratorio CONTESTO. "Él iba y sacaba citas y le ordenaban droga y lo mandaban para la casa, no le hicieron un examen profundo". PREGUNTADO. "¿pero la droga que le formularon tenía alguna relación con una enfermedad en particular? CONTESTO. "No señor....PREGUNTADO: (2:23:00) "manifiéstele al despacho si dentro de esos examen le ordenaron un ecocardiograma y si se practicó o no y por qué". CONTESTO. "Si lo ordenaron pero no se practicó, porque no había el cardiólogo, fue cuando nos dijeron que teníamos que conseguirlo particularmente". Preguntado. "dígame al despacho que tiempo transcurrió desde ese momento y aquel en el cual manifiesta usted que se ordenó la remisión y que de pronto aparece alguien de los enfermeros y dicen que ya no hay necesidad" CONTESTO. "fue el 25 a las horas de la tarde cuando el enfermero dijo que no había necesidad que porque la doctora dijo que estaba evolucionando bien". PREGUNTADO: (2:23:53) "pero que tiempo transcurrió desde esos dos episodio, que le hayan ordenado el examen de ecocardiograma y el tiempo transcurrido cuando aparecer el enfermero que si se había ordenado un remisión pero que ya no había necesidad" CONTESTO. "Como 12 horas". PREGUNTADO: (2:24:12 "nos puede precisar el día y las horas aproximadas. CONTESTO: "Eso fue el día 24 cuando ordenaron pero no se lo hicieron porque no había cardiólogo". PREGUNTADO. (2:26:21) "indíquele al despacho de acuerdo

a su narración sobre los miembros que integran el núcleo familiar del fallecido EDWIN FERNANDO PINEDA PATIÑO, ¿qué miembros de la familia dependían económicamente de él?" CONTESTO: "Los hermanos menores directamente; marcela, que es menor; Paola que está haciendo curso hasta ahora en la policía, él les daba sus recursos y a los mismos padres, él se preocupaba, les hacía mercado, estaba pendiente de que no les faltara; entonces dependían siempre de EDWIN FERNANDO". PREGUNTADO: (2:28:28) "precísele al despacho si el fallecido EDWIN FERNANDO PINEDA PATIÑO, tenía esposa o tenía hijos" CONTESTO. No, él no tenía, era soltero". PREGUNTADO: (2:28:40) "cuál fue la causa de la causa del deceso de EDWIN, conoce la causa, conoció la necropsia, sabe usted cual fue finalmente la causa que desencadenó esa falla multisistémica, que llevo a la muerte a EDWIN? CONTESTO: "Más o menos, los resultados de la necropsia, que una infección en los riñones".

• Testimonio de MERCEDES CONTRERAS SALAMANCA (2:36:47):

PREGUNTADO: (2:40:26) "sírvese a hacer un relato cronológico, claro preciso de todo cuanto sepa y le conste sobre las circunstancias de modo tiempo y lugar sobre los hechos. CONTESTO: **Estaba trabajando en ese momento en el hospital San Rafael, como aux. de enfermería**, en ese momento conocía a doña Leonor y me llamo para comunicarme que su hijo estaba enfermo y que lo remitían al hospital que si por favor estaba pendiente el; para que les colaborara en algo, yo fui a urgencias lo visite, hable con él. PREGUNTADO: (2:24:20) ¿a qué hora fue a urgencias? CONTESTO: "Yo estaba de turno el 24 y 25 de diciembre por la noche, yo baje a verlo a la madrugada del 25, y hable con él; fui a saludarlo". PREGUNTADO. (2:41:43) ¿en dónde estaba el? CONTESTO. En urgencias, yo hable con EDWIN, la pregunte que como estaba, él me dijo que tenía mucho dolor que se sentía muy mal; después yo me subí a hacer mi turno, hable con unas compañeras me dijeron que tocaba esperar, que estaba delicado pero que tocaba esperar los exámenes; eso fue todo yo me subí a seguir trabajando, al otro día ya fue cuando lo subieron a la UCI; le tomaron sus exámenes lo único fue que yo estuve ahí pendiente; yo me fui para la casa a descansar porque yo tenía otra vez turno; ella me llamo el 25 a media noche, me dijo que él estaba muy mal, que le había dicho que estaba muy mal, que le habían inducido el coma, yo baje hable con mis compañeras y me dijeron que estaba pendiente el ecocardiograma, todo el tiempo estuvo el ecocardiograma yo les dije que si de pronto afuera conseguir que yo había trabajado en ambulancias y que yo conocía sitios donde estaban los cardiólogos, que si ellos podían ir a buscarlo por fuera, ellas me dijeron que si se podía encontrarlos que sí y ellos fueron a buscarlo, que era urgente un ecocardiograma y que en ese momento no había disponibilidad del ecocardiograma porque no había cardiólogo en el hospital; en todo el tiempo que yo hablé con él, y lo visite me refería que tenía mucho dolor pero en el momento no hubo especialista"PREGUNTADO: (2:45:49) "¿usted conoce el núcleo familiar?" CONTESTO. Sí señor." PREGUNTADO: (2:45:54) "su composición, cuétemela cual es" CONTESTO: Ellos son doña LEONOR PATIÑO, don VICENTE PINEDA, viven con sus dos tíos don FERNANDO don LEONARDO, viven con el abuelo Don DEOGRACIAS, viven con sus hijos que son OMAR, JAVIER, DUVAN, CARLOS, ROCIO, PAOLA, ellos y son muy unidos".. PREGUNTADO. (2:49:38) "cuénteles al despacho si EDWIN, contribuía de manera regular con una suma determinada para ayudar a alguien en concreto de esa familia o si por el contrario su ayuda es algo eventual, es decir, algo que ocurre de vez en cuando como un acto de solidaridad, afecto filial hacia sus padres o hacia sus hermanos". CONTESTO. "No, yo que sepa el ayudaba mucho a su mamá, ella es dedicada a su hogar, a su casa, entonces EDWIN le retribuía mucho a sus papas y también para el estudio de Marcela"- PREGUNTADO: (2:50:22) "por esa cercanía que usted dice tener de manera individual a cada uno de los que me ha narrado, indique cual fue la conducta, el sentimiento la afección que ellos tuvieron a partir del deceso de su hijo y de su hermano. CONTESTO. "Eso fue muy terrible porque ellos a pesar de que ellos estuvieran en distintas partes, ellos son muy unidos, porque inclusive yo escuche ese día que el mismo EDWIN le dijo a su mamá que por favor no entregara los regalos de navidad hasta el 31 de Diciembre, porque de todas maneras él era muy especial y él quería compartir con su familia y no dejo entregar sus regalos ese día, sino el 31 mientras él se mejoraba, mientras él se recuperaba, el aportaba mucho a la casa, el como persona, como hermano, como hijo, como amigo, él era muy especial". PREGUNTADO: (2:51:54) "por favor digale al despacho si con su condición de enfermera del hospital san Rafael para es periodo de los hechos, tuvo conocimiento que

hayan ordenado una remisión del patrullero EDWIN FERNANDO PINEDA, otra unidad médica, diga si esa remisión se cumplió o por que no se cumplió”. CONTESTO: “Esa vez yo hable con unas compañera que si no era posible remitirlo, y dijeron que si, que iban a ver si podían remitirlo pues era fácil de que los hermanos ayudaran a que lo trasladaran en helicóptero, no sé, a Bogotá o a otro sitio, pero entonces no sé qué paso, ya después} el medico dijo que no, que por su estado no permitía remitirlo que estaban esperando el cardiólogo, pero si dijeron algo de una remisión”. PREGUNTADO: (2:53:40) “doña mercedes usted en respuesta anterior manifestó que el joven fallecido EDWIN FERNANDO PINEDA PATIÑO, ayudaba económicamente a sus papas, especialmente a su mamá, precísele al despacho con base en esa respuesta si usted tiene conocimiento o le consta con cuánto dinero aportaba para ayuda de la mamá y para que gastos”. CONTESTO: “Pues precisamente yo no sé con cuanto ni la suma exacta no sé, pero doña Leonor comentaba que su hijo le traía para sus gastos para la hija menor que estaba estudiando, para los gastos del colegio de ella de marcela; pero exactamente el dato de cuanto es, no sé”.

- Testimonio de ADRIANA MATILDE DAVILA HERRERA (2:58:36):

PREGUNTADO: “sírvese a informar al despacho de una manera cronológica todo cuanto sepa y le conste sobre todo de modo, tiempo y lugar sobre el fallecimiento del señor EDWIN FERNANDO PINEDA PATIÑO. CONTESTO: “Yo conocí a EDWIN en Pereira porque yo vivía allá, lo conocí en el año 2006, lo conocí en un conjunto en donde vivía mi hermana él vivía ahí cerca y después el paso a trabajar cerca al barrio en donde yo vivía, entonces mi abuela le arrendo una habitación ahí y él vivía en la casa con nosotros”. PREGUNTADO: (2:59:45) “esta es la parte que usted conoce, es decir, no conoce sobre los hechos mismos de acá de Tunja”. CONTESTO: “De acá de Tunja no, pero de Pereira sí”. PREGUNTADO: (2:59:54) “sírvese ilustrar al despacho si usted sabe o le consta, que durante el periodo en que EDWIN PINEDA estuvo allí trabajando en la policía en esta ciudad, haya tenido afecciones físicas de orden respiratorio, y si fue atendido o no fue atendido en esa ciudad”. CONTESTO: “EDWIN tenía un grupo de niños, era un grupo de 24 niños, el hacía ejercicio con ellos, salían a correr, hacían gimnasia americana sin armas el muchas veces no corría sino que se hacía en la parte de atrás el esperaba a que los niños dieran las vueltas, porque él se asfixiaba mucho, se atacaba bastante cuando corría; en una oportunidad estaba haciendo la gimnasia americana sin armas, y se ahogó se sentó en el piso, le quitamos el chaleco porque no respiraba bien , yo lo acompañe en dos ocasiones a la clínica por urgencias y lo atendieron pero no le hicieron exámenes simplemente le mandaron unos medicamentos, una formula médica y ya”...PREGUNTADO: (3:02:01) “ya que usted conoce a la persona allí trabajando en la ciudad de Pereira; sírvase manifestar si usted sabe o le consta, que el hiciera algún giro mensual de recursos para algún familiar a la ciudad de Tunja”. CONTESTO. “Sí, él le ayudaba económicamente a la mamá, la llamaba constantemente y a veces ellos también lo llamaban ahí a la casa, al fijo de la casa; otras veces cuando no contestaba el celular lo llamaban a mi celular.” .. PREGUNTADO: (3:02:36) “puede concretarle al despacho valores exactos que el girara”. CONTESTO: “No, la verdad no sabía pero él hablaba todos los días con la mama, la llamaba y el si le mandaba dinero pero no sé qué montos le mandaba pero si le colaboraba económicamente. PREGUNTADO: (3:03:01) “Por favor maniéstele al despacho si durante ese lapso que estuvo cerca, y conoció el estado de EDWIN en Pereira estuvo hospitalizado por alguna afección ¿Cuál, en que época y dónde? CONTESTO. “No, él nunca estuvo hospitalizado, solamente iba por urgencias lo atendían y ya y le mandaban la formula y listo.”... PREGUNTADO. (3:03:37) “cuando usted dice que lo acompañaba a las citas o a control médico o a las consultas a que entidad iban y donde queda ubicada” CONTESTO. “Ibamos a la clínica de la policía que queda por la circunvalar”.... PREGUNTADO: (3:04:50) “en respuesta anterior manifestó dada su cercanía con el fallecido EDWIN FERNANDO PINEDA que el cuándo se sentía mal se ahogaba, se iba para la clínica y allá le formulaban medicamento y lo devolvían para la casa; teniendo en cuenta su respuesta precísele al despacho si a usted le consta como quiera que usted acompañaba al occiso, si sabe qué tipo de medicamentos le formulaba la policlínica o si le daban alguna incapacidad para no prestar el servicio”.... CONTESTO: “Incapacidad no le daban ninguna, el simplemente iba y en una oportunidad fue y ya en la noche trasnocho normal; y medicamentos en unas ocasiones le mandaron tiamina y la otra si no me acuerdo; la tiamina sí, porque a mí me la han formulado y de esa si me acuerdo pero la otra si no recuerdo y no se para que sería ese medicamento y pero ningún tipo de exámenes ni nada más”.

En audiencia de pruebas instalada el día 17 de MARZO de 2017⁴, se practica la Contradicción al Dictamen Pericial presentado por los Doctores GUILLERMO MORA PABON y CARLOS HUMBERTO SAAVEDRA TRUJILLO, Peritos designados por la UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA (FL.944 DVD):

Siendo el **minuto 00:19:55**, empieza la contradicción del dictamen pericial, los peritos dan lectura al dictamen. Luego se procede a interrogarlos:

Parte demandante al **minuto 00:35:29**, PREGUNTA: *Explíqueme al despacho cual fue la verdadera afección que dio origen a la referida miocarditis aguda y como evolucionaron los factores que la causaron* CONTESTO: *Con la revisión de los datos que había en la historia clínica y con los hallazgos que habían en la autopsia, el cuadro clínico por el que el paciente ingresa es dolor torácico, los cambios electrocardiográficos, el aumento de las enzimas cardíacas, Sugerían un cuadro de muerte de miocárdica, lesión de las fibras miocárdicas que llevan a la muerte de esas fibras, eso en los pacientes puede ser producido por múltiples causas, un infarto, una sepsis, pero una de las causas, es también la miocarditis, o sea, afección directa inflamatoria de la fibra miocárdica, que lleva a inflamación y posterior muerte; al revisar los resultados de la necropsia, se describe en los hallazgos del corazón una presencia de hallazgos de miocarditis, la principal causa química de la miocarditis, es enfermedades virales, volviendo ya al cuadro previo que había consultado el paciente de una faringoamigdalitis, que recibió un tratamiento antibiótico, es muy probable que esa afección hubiera sido la primera afección viral, y que esa haya llevado al desarrollo de una miocarditis en el caso de este paciente ...* PREGUNTADO: (00:39:39)...*a sabiendas que esta es la causa probable por la que se llegó a la miocarditis, pregunto qué factores intervinieron, que no se hayan controlado y que hayan llevado al desenlace fatal y que hayan llevado a la muerte de EDWIN FERNANDO PINEDA PATIÑO.* CONTESTO: *lamentablemente las miocarditis de origen viral, son una respuesta inflamatoria exagerada del sistema inmune a una infección, en este caso viral, que puede lesionar múltiples órganos y en este caso, el miocardio, los pacientes que desarrollan miocarditis asociadas a enfermedades virales no tienen un factor preciso que se pueda controlar, es probablemente dependiente de la patogenicidad del virus, de factores genéticos de la respuesta inflamatoria que hace la persona a ese agente viral, y esos factores no puede ser ni predecibles, ni controlables.* PREGUNTADO: (00:41:15) *teniendo en cuenta sus respuestas en las cuales se afirma que esta miocarditis, se evalúa de acuerdo a con los criterios de Dallas, por favor explique al despacho en que aparte analizado dentro De los documentos que tuvieron a su disposición, constan estas constancias, a donde confirma que haya padecido los criterios de dallas.* CONTESTO: *en los hallazgos de la autopsia, hablan de que hay un corazón aumentado de tamaño, para 500 gr, con petequias subepicardicas, descripción en histología de desorganización de la arquitectura, y foco de necropsis, de las miofibrillas, rodeadas de infiltrados..... Esos son los hallazgos descritos para miocarditis aguda y lo que se esperaría confirmar.* PREGUNTADO: (00:44:15), *explíqueme al despacho la contradicción, en el sentido de que por una parte es poca ayuda el antibiótico, y por la otra esta conducta corresponde a una atención oportuna, segura, pertinente y accesible.* CONTESTO: *No encuentra que en la afirmación nos estemos contradiciendo, pero podemos ampliarla, expresamos que en primera instancia, no encontramos acciones, accionares médicos, o fallas significativas que impliquen la muerte del paciente, dado que como estamos contemplando desde el principio de los hallazgos de esta patología, nos muestran que hay una mionecrosis más infiltrado neutrofilico, que sugiere que el proceso es una hiper respuesta inmunológica, una inflamación muy significativa, asociada potencialmente a una de origen viral y plantemos que los antibióticos iniciados empíricamente, empíricamente significa que por el conocimiento que se tiene previamente, pues no van a servir de ayuda, no van a impactar en la evolución del paciente, como tiene dos momentos:*

⁴ FI 941 Y SS

el momento en que hay deterioro en la clínica de Tunja, y un momento en la UCI de San Rafael, donde ellos plantean, que hay infiltrados pulmonares que sugieren infección, ese segundo momento y bajo la sospecha médica, la sospecha clínica que ellos tienen de infección urinaria o pulmonar, iniciar a ese instante antibióticos pues está dentro de lo recomendado, si yo sospecho de infección a ese segundo momento debo iniciar antibiótico, ... las personas o las atenciones médicas, son dinámicas, en cada instante o momento o día debe ser evaluado de manera individualizada, y puede generarse en la primera atención, un momento que puede evolucionar en días, en las últimas atenciones, un momento de hora a hora. PREGUNTADO (47:22),... Por favor dígame al despacho si esta sintomatología es característica de miocarditis agudas y por qué el resultado de estos exámenes, no permitió a los galenos diagnosticar y tratar la afección de miocarditis agudas, que acabó con la vida de Edwin Fernando. CONTESTO: como le decía al principio de la anterior pregunta, cuando el paciente llega con un cuadro de dolor torácico, con un cuadro de cambios en el EKG, y con aumento de las enzimas cardíacas, lo que se configura es un cuadro, de muerte de unas células del corazón, que puede ser producido por múltiples causas, la causa más común, es un infarto, y el manejo inicial, que sospecharon era de un infarto, otras causas son miocarditis, otras causas son otras afecciones cardíacas congénitas etc, entonces, el manejo que se hace del paciente que ingresa con dolor torácico, con sospecha de muerte celular, implica el manejo inicial pensando que es un infarto, síndrome coronario agudo, que tiene un manejo ya preestablecido, que demuestra disminución en la posibilidad de muerte de los pacientes, uso de algunas drogas que se mencionaron ahí, metropolol, enoxaparina que disminuye la mortalidad, cuando yo enfrente un paciente que viene es por una miocarditis aguda, de probable origen viral, el tratamiento es básicamente de soporte hemodinámico, de darle líquidos, de darle drogas para tratar de que el corazón si su contracción es muy débil mejores esa fuerza de contracción etc, pero lamentablemente para la miocarditis aguda no existe un tratamiento específico. PREGUNTADO: (50:00), Querría decir entonces que, en este momento, durante el tiempo que permaneció el occiso en el hospital San Rafael, que fue del 24 a las 212 horas del día, al 26 a las 20:00 horas, en los exámenes que se le practicaron, e tanto para ver las afecciones del corazón, como para ver la posible infección que manejaba, le era imposible para el hospital, a través de que exámenes que se hayan practicado, establecer si era la miocarditis y la causa que la ocasionaba, CONTESTO: El diagnóstico de miocarditis, se hace a través de tomar una muestra del corazón y verla en un microscopio, eso se puede hacer de dos maneras; una cuando el paciente fallece con la autopsia, y dos a través de una biopsia, endobiocárdica, que se hace por procedimientos de hemodinamia, sin embargo como le decía antes, el diagnóstico etiológico, el diagnóstico específico de miocarditis no tiene un tratamiento específico que logre curarla, porque es la respuesta inmunológica del mismo paciente, el que hace que se dañe ese corazón, y solo esa misma respuesta del paciente hace que unas miocarditis evolucionen a que el paciente queda normal, a que el paciente queda con un corazón dañadísimo, o a que el paciente fallece. PREGUNTADO: (51:35), Para completa esa pregunta, se estableció a través de los exámenes la miocarditis, se pudo establecer?. CONTESTO: existía la sospecha por el cuadro clínico, pero el diagnóstico en definitiva como le decía, solo se hace a través de una biopsia... PREGUNTADO (52:34), En términos generales, teniendo en cuenta que este era un periodo crítico, y demasiado corto, si así se puede decir, por tratarse del corazón, entre el 24 al 26, nos puede establecer este momento porque nos está hablando posteriormente y posteriormente, para que haya claridad, de la actuación de los médicos del hospital en la intervención para aplicar, los tratamientos que debían aplicar tanto para la infección, o tanto para el corazón, CONTESTO: - el perito revisa la historia clínica, a folios 806 y ss, le hace una lectura, y finalmente señala: que existen cuatro momentos, en cada uno de ellos indica que medicamentos se le suministraron el paciente. Al minuto 01:05:42: concluye el momento en que se da inicio al antibiótico para tratar la sepsis... " esos son los tres grandes momentos del paciente "... PREGUNTADO (1:06:48).. dígame al despacho si realmente así como se hizo el seguimiento cardíaco, se hizo el adecuado seguimiento para controlar la infección según estos términos que aparece en la historia clínica. CONTESTO: sí señor, según los documentos aquí mostrados, el seguimiento se hizo juicioso como yo lo acabo de expresar en las preguntas anteriores, pues realmente hicieron lo que estaban pensando y fueron coherentes con los pensamientos. PREGUNTADO: (01:07:44), teniendo en cuenta toda la exposición y viendo que el problema con el cual inició Edwin Fernando, fue una infección por laringitis por estreptococo, que tuvo una evolución durante tres largos días, y no tuvo respuesta médica porque murió, quiere decir que no hay nada que la ciencia médica tenga previsto, para controlar este tipo de afecciones CONTESTO: lamentablemente como le dije en una pregunta anterior, los eventos de miocarditis

son eventos en los cuales el que esta jugando es el virus y la respuesta inmunológica del paciente, que es mediada genéticamente, a estos momentos las miocarditis fulminantes lamentablemente fallecen.... PREGUNTADO (01:11:28),..atendiendo a una de las respuestas ya dadas en esta audiencia, respecto del desarrollo del dictamen, se tiene claro que una de las causas principales para llegar a la miocarditis aguda, es de origen viral, y atendiendo también a lo manifestado por el doctor respecto de esa atención de la miocarditis, que solamente se trata de lo que es el sistema inmunológico del paciente con respecto a la patología o al virus que se está desarrollando en ese momento, atendiendo a ello para efectos de aclaración, eso es una condición natural de cada organismo de una persona, es decir para desarrollar la miocarditis y si esa miocarditis puede llegar a agravarse o no agravarse, si eso es cuestión natural de cada organismo de cada persona. CONTESTO: la respuesta es sí, o sea, para decirlos en términos, entendibles, cada vez que nosotros tenemos una gripa, tenemos riesgo de hacer miocarditis o tenemos riesgo de hacer encefalitis,.. tenemos muchos riesgos, evidentemente la miocarditis no es una enfermedad común, es una enfermedad rara, por eso digo que eso depende, uno del virus realmente que sea el que ataque, y de la respuesta que yo sea capaz de montar contra ese virus, todos cada vez que nos ataca un virus, cada vez que tenemos gripa nuestras defensas, son los que la eliminan e lo que nos venden por televisión de droga eso no hace, quitan son los síntomas, pero uno es el que lo elimina, cuando uno monta una respuesta demasiado grande contra ese virus, ese virus las defensas pueden confundirlo con tejidos propios del organismo, y en el caso de una miocarditis piensa que ese miocardio el virus, y por eso lo ataca, eso todavía la ciencia no define como llegar a prevenirlo , como llegar a tratarlo.. PREGUNTADO (01:14:00). Dr Guillermo mora, es tan amable ud nos puede indicar cuál es el porcentaje de mortalidad de los pacientes que sufren miocarditis aguda, CONTESTO: pues los porcentajes exactos no se conocen, pues muchas veces las personas hacen miocarditis leves, que no se conocen no consultan, pues si uds ven personas que tienen gripa, no es raro que muchos refieran dolor torácico asociado a la gripa y eso puede ser miocarditis, pero los pacientes que desarrollan ya una miocarditis que llevan ya clínicamente a consultar y en los cuales se logra hacer un diagnóstico, los pacientes con miocarditis, la evolución es de las miocarditis fulminantes que fallecen desde que se hospitalizan, la mortalidad es más del 70%; los pacientes que hacen miocarditis más subagudas, la mortalidad baja más o menos a un 40% pero esos pacientes quedan con un daño cardiaco, que al final va a ser la causa de su muerte en dos , tres, cinco , diez años; y los que hacen miocarditis leves, la mortalidad si es muy baja. PREGUNTADO: (01:15:15), Dr. Carlos Humberto, ud hablado que al paciente se le aplicaron antibióticos de amplio espectro, quiere preciar a esta audiencia, para que se utilicen, que características tienen estos antibióticos. CONTESTO: cuando hablamos de antibióticos de amplio espectro, y hablamos de pacientes critica, mente enfermos y que se sospecha una infección asociada, no sabemos que germen, o que bacteria es la que esta produciendo el daño, puede ser una bacteria de la vía respiratoria, o un gran positivo, puede ser una bacteria del tracto gastrointestinal que son gran negativos, pueden ser bacterias del hospital.. entonces utilizamos antibióticos que maten todas las bacterias posibles, y para eso se llaman antibióticos de amplio espectro, una combinación de amplio espectro le pega a todo lo que ud se llegue a imaginar buscando mantener vivo al paciente. PREGUNTADO (01:17:00), después de todo el dictamen que se ha rendido, no puede quedar duda que la causa de la muerte fue por una falla en la atención que le dieron a este paciente, en el primer momento, en el segundo momento, y en el tercer momento, que muy bien lo ha descrito el dr. Carlos , es decir, para un juez, puede quedar alguna duda después de este dictamen que uds han dado, es decir, que los elementos que tuvo a su alcance la ciencia, el diagnostico, el tratamiento que le dieron al paciente, la oportunidad, dentro de los medios del último que es tercer nivel, puede a uno quedarle alguna duda de que la causa de la muerte haya sido descuido, negligencia, mal tratamiento, CONTESTO: Pues el dictamen que nosotros vimos, relacionado con lo que revisamos de la historia clínica, es que No, no documentamos eso, no evidenciamos eso, la medicina no es una ciencia exacta, si fuera exacta no se morirían las personas, y lo que nosotros hacemos es actuar como médicos frente a probabilidades, y cada accionar que se hizo de acuerdo a lo que se pensó en su momento creemos que se hizo de acuerdo a lo que en ese momento se podía hacer y no vemos ninguna causa de negligencia."

VI. CONSIDERACIONES DEL DESPACHO

1. PROBLEMA JURIDICO

En audiencia inicial se fijó el problema jurídico a resolver así:

Si es imputable o no a la NACION- MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL- POLICIA NACIONAL, y/o a la E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA, y a que título, la muerte de EDWIN FERNANDO PINEDA PATIÑÓ, ocurrida por la prestación del servicio médico presuntamente de manera negligente, deficiente o tardía, por erróneo diagnóstico o por otra causa que le sea atribuible.

De comprobarse la responsabilidad, se procederá a la respectiva liquidación de los perjuicios a indemnizar. Así mismo, establecer si LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS, debe o no indemnizar el perjuicio causado.

2. TESIS

De acuerdo con lo expuesto, analizada la demanda, su contestación y las alegaciones finales, el despacho advierte que los argumentos relevantes de las partes, se concretarán en las siguientes:

- **Tesis Argumentativa de la Parte Demandante:**

Considera que existe Responsabilidad del Estado, por falla en el servicio ya que señala que se configuró ausencia de un adecuado análisis y seguimiento a los protocolos médicos, falta de atención médica especializada, negligencia en el traslado del paciente entre la Policlínica de Tunja, y la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA, por cuanto considera que no lo enviaron a la mayor brevedad al centro de cardiología HOCEM, con el fin de descartar afecciones cardiológicas, además existió Falla de la policlínica por no haber trasladado el paciente a través de un medio aéreo; falla en el servicio médico, error en el diagnóstico, negligencia e impericia, al suministrar un tratamiento cardiovascular en ausencia de un cardiólogo Y Negligencia médica en la atención brindada en la Clínica de Risaralda por parte de la policía Nacional.

- **Tesis Argumentativa de la parte Demandada- ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA:**

Señala que la atención medica prestada en este caso, se ajustó a los protocolos médicos y con la pericia de cada uno de los profesionales médicos, el diagnóstico y el tratamiento



obedeció a las guías establecidas y la situación patológica presentada en el momento de la atención.

- **Tesis Argumentativa de la parte Demandada- POLICIA NACIONAL:**

Considera que se configura la Inexistencia de Falla del servicio y adicionalmente no se acredita la concurrencia de los elementos constitutivos de responsabilidad profesional, la prestación del servicio médico al uniformado fue a cabalidad, generando obligaciones de medio mas no de resultado, pues por la naturaleza del servicio, se estuvo ante una sorpresiva e intempestiva presencia de sintomatología presentada por el paciente sin antecedente patológico o personal alguno sobre las mismas que motivo la urgencia y de manera oportuna su remisión a un centro de mejor nivel. y por tanto se deben negar las presiones de la demanda.

- **Tesis Argumentativa del Llamado en garantía- LA PREVISORA S.-A COMPAÑÍA DE SEGUROS:**

Aduce que no existe ninguna responsabilidad que se le pueda endilgar a la institución con ocasión de la atención medica suministrada al señor EDWIN FERNANDO PINEDA PATIÑO, el cual fue atendido dando aplicación a todos los protocolos médicos que correspondían al estado de salud que tenía y a las patologías que presentaba a su ingreso a la entidad hospitalaria, siendo prestado el servicio de manera oportuna, diligente, eficiente, por el personal del hospital, adicionalmente que no aparecen los elementos configuradores de la responsabilidad y por lo tanto que no hubo falla en el servicio.

- **Tesis Argumentativa Ministerio Público:**

Guardó silencio.

- **Tesis Argumentativa propuesta por el Juzgado**

El Juzgado denegará las pretensiones de la demanda, por cuanto en el caso sub-examine no fue aportado medio probatorio que demuestre la falla en el servicio médico, pues contrario a esto se pudo determinar que las demandadas, prestaron de manera oportuna y eficaz el servicio actuando de diligentemente, poniendo a su alcance todos los medios necesarios para efectos de salvaguardar la vida del joven EDWIN FERNANDO PINEDA PATIÑO, y en ese contexto no quedó demostrado que el daño alegado sea producto de la omisión, acción o falla de las demandadas en la prestación del servicio de salud, es decir la imputabilidad del hecho a la demandada y por ende tampoco se demostró el nexo de causalidad, requisitos que deben concurrir para que se predique la falla en el servicio alegada, pilares fundamentales de la Responsabilidad Estatal. Se acreditó a través de la prueba científica y técnica que se allego al plenario (historia clínica, necropsia,

Testimonios de médicos y Dictamen Pericial rendido por la Universidad Nacional, que el joven fallece por miocarditis, causada por una sepsis, descartándose la enfermedad coronaria o congénita y por tanto que toda la atención médica brindada, no haya sido la adecuada al caso y a la patología presentada.

3. MARCO NORMATIVO Y JURISPRUDENCIAL

A efectos de resolver el interrogante planteado en el problema jurídico, es imperioso traer al plenario, la base legal y jurisprudencial que regula el tema propuesto en esta instancia, al tenor del siguiente orden expositivo: i) La Responsabilidad del Estado, ii) Régimen de Responsabilidad del estado por falla médica y iii) Caso concreto.

i) CLÁUSULA GENERAL DE RESPONSABILIDAD DEL ESTADO

Con anterioridad a entrar a regir la Constitución de 1991, se habían establecido diversos regímenes de responsabilidad extracontractual del Estado, así como: la falla en el servicio, el régimen de riesgo, el daño especial entre otros.

Posteriormente con la entrada en vigencia de la Constitución de 1991, se consagró en el Art.90 de la misma, lo que se ha dado en denominar la Cláusula General de Responsabilidad, que determina:

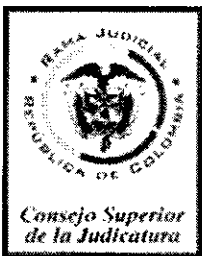
“El estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas”.

En Sentencia C-333/96 la Corte Constitucional señaló el sentido y el alcance de esta norma, en los términos que siguen:

“El actual mandato constitucional es no sólo imperativo -ya que ordena al Estado responder- sino que no establece distinciones según los ámbitos de actuación de las autoridades públicas. En efecto, la norma simplemente establece dos requisitos para que opere la responsabilidad, a saber, que haya un daño antijurídico y que éste sea imputable a una acción u omisión de una autoridad pública.

(...).

“La Corte considera que esta acepción del daño antijurídico como fundamento del deber de reparación del Estado armoniza plenamente con los principios y valores propios del Estado Social de Derecho, pues al propio Estado corresponde la salvaguarda de los derechos y libertades de los particulares frente a la actividad de la administración. Así, la responsabilidad patrimonial del Estado se presenta entonces como un mecanismo de protección de los administrados frente al aumento de la actividad del poder público, el cual puede ocasionar daños, que son resultado normal y legítimo de la propia actividad pública, al margen de cualquier conducta culposa o ilícita de las autoridades, por lo cual se requiere una mayor garantía jurídica a la órbita patrimonial de los particulares. Por ello el actual régimen constitucional establece entonces la obligación jurídica a cargo del Estado de responder por los perjuicios antijurídicos que hayan sido cometidos por la acción u omisión de las autoridades públicas, lo cual implica que una vez causado el perjuicio antijurídico y éste sea imputable al Estado, se origina un traslado patrimonial del



Estado al patrimonio de la víctima por medio del deber de indemnización. Igualmente no basta que el daño sea antijurídico sino que éste debe ser además imputable al Estado, es decir, debe existir un título que permita su atribución a una actuación u omisión de una autoridad pública”.

Por su parte el Honorable Consejo de Estado ha sostenido sobre el artículo 90 “...es el tronco en que se encuentra fundamento la totalidad de la responsabilidad patrimonial del Estado, trátese de la responsabilidad contractual o de la extracontractual”.

Lo anterior obviamente no significa que los títulos y regímenes de responsabilidad patrimonial del Estado sean idénticos en todos los campos y en todas las situaciones, puesto que en la actual práctica jurisprudencial siguen existiendo regímenes diferenciados. Así en determinados casos se exige la prueba de la culpa de la autoridad, en otros ésta se presume, mientras que en algunos eventos de ruptura de la igualdad ante las cargas públicas la responsabilidad es objetiva”⁵.

Indica el Consejo de Estado, que para que sea procedente la declaratoria de responsabilidad, se exige la presencia de tres elementos fundamentales: **a)** Un daño antijurídico; **b)** Una acción u omisión de la administración y **c)** Un nexo de causalidad entre este y aquella, es decir, que el resultado (el daño) le sea imputable al Estado, vale repetir, que sea consecuencia directa de la acción u omisión del servidor público.

En cuanto al primero de los elementos, esto es, el daño, corresponde a la parte que lo alega probarlo, pues es apenas natural que los elementos que lo componen sean expuestos por quien lo ha sufrido, para lo cual se valdrá de los diferentes medios de prueba que permitan dar a conocer su existencia y extensión⁶, y que constituyen en últimas, fundamento de lo pedido. En segundo término corresponde igualmente a la parte accionante, de conformidad con lo establecido en el artículo 167 del CGP, referente a la carga de la prueba, que impone a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que en ellas se persiguen; demostrar la falla del servicio, llamada así por la jurisprudencia y la doctrina y que se traduce en *la presencia de la acción u omisión, ejecutada o no ejecutada por el funcionario de la administración señalada en el artículo 90 superior* y, en tercer lugar, debe estar claramente determinado que dicha acción u omisión fue la que produjo el daño.

ii) EL RÉGIMEN DE RESPONSABILIDAD APLICABLE A EVENTOS DE RESPONSABILIDAD MÉDICA:

Ahora bien, respecto del régimen de responsabilidad aplicable en casos en que se discute la responsabilidad extracontractual del Estado por daños causados con ocasión de las

⁵ C.E. S.C.A. S.3º, Sent. 13 de Julio de 1993, Exp. 8163. C.P. Juan de Dios Montes Hernández

⁶ ROCHA Antonio. Referido por Juan Carlos Henao en su libro *El Daño. Análisis comparativo de la Responsabilidad Extracontractual del Estado en Derecho colombiano y francés*. Universidad Externado de Colombia. Primera Edición. 1998.

✶ Pág. 39.



actividades médico-sanitarias, la Subsección ha afirmado que⁷, en casos en los cuales se ventila la acción imperfecta de la Administración o su omisión, como causa del daño reclamado, como en este caso, el título de imputación aplicable es el de la falla del servicio.

En efecto, frente a supuestos en los cuales se analiza si procede declarar la responsabilidad del Estado como consecuencia de la producción de daños provenientes de la atención médica defectuosa, se ha retornado, como se verá, a la teoría clásica de la falla probada; el Consejo de Estado, ha señalado que es necesario efectuar el contraste entre el contenido obligacional que, en abstracto, las normas pertinentes fijan para el órgano administrativo implicado, de un lado, y el grado de cumplimiento u observancia del mismo por parte de la autoridad demandada en el caso concreto; en este sentido, se ha sostenido que:

"1.- En casos como el presente, en los cuales se imputa responsabilidad a la administración por el incumplimiento o el cumplimiento defectuoso de sus obligaciones, la determinación de si el daño causado al particular tiene el carácter de daño antijurídico, depende de acreditar que la conducta de la autoridad fue inadecuada. Si el daño que se imputa a ésta se deriva del incumplimiento de un deber que legalmente le corresponde, o de su cumplimiento inadecuado, la antijuridicidad del daño surgirá entonces aquí de dicha conducta inadecuada, o lo que es lo mismo, de una FALLA EN EL SERVICIO.

"(...).

"2.- Para determinar si aquí se presentó o no dicha falla del servicio, debe entonces previamente establecerse cuál es el alcance de la obligación legal incumplida o cumplida inadecuadamente por la administración. Debe precisarse en qué forma debió haber cumplido el Estado con su obligación; qué era lo que a ella podía exigírsele; y, sólo si en las circunstancias concretas del caso que se estudia se establece que no obró adecuadamente, esto es, que no lo hizo como una administración diligente, su omisión podrá considerarse como causa del daño cuya reparación se pretende.

"La falla de la administración, para que pueda considerarse entonces verdaderamente como causa del perjuicio y comprometa su responsabilidad, no puede ser entonces cualquier tipo de falta. Ella debe ser de tal entidad que, teniendo en cuenta las concretas circunstancias en que debía prestarse el servicio, la conducta de la administración pueda considerarse como 'anormalmente deficiente'"⁸.

En este punto conviene recordar que, por un tiempo, aceptó la jurisprudencia Contencioso Administrativa que el título de imputación jurídica en torno a los eventos en los que se debatía la responsabilidad médica fuese el de la "falla presunta", según la cual la nuda constatación de la intervención causal de la actuación médica en el resultado nocivo por el que se reclamaba era suficiente para atribuir el daño a la Administración. Pese a lo anterior, se retomó la senda clásica de la responsabilidad subjetiva o falla probada⁹, por lo que hoy en día, según esta sub-regla jurisprudencial, deben ser acreditados en este punto tres elementos inexcusables por parte del actor, a saber: i) el daño; ii) la falla en el acto médico

⁷ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección A, sentencia del marzo 8 de 2007, exp. 27.434, C.P. Mauricio Fajardo Gómez.

⁸ *Ibíd.*

⁹ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia del 26 de marzo de 2008, exp. 15.725, C.P. Ruth Stella Correa Palacio.

y iii) el nexo causal, sin los cuales es improcedente la condena del Estado por esta vía, tal y como lo ha entendido dicha Corporación, cuando consideró que:

“Al margen de las discusiones que se presentan en la jurisprudencia y en la doctrina en relación con el régimen probatorio de los elementos de la responsabilidad patrimonial por los daños que se deriven de la actuación médica del Estado, lo cierto es que existe consenso en cuanto a que la sola intervención -actuación u omisión- de la prestación médica no es suficiente para imputar al Estado los daños que sufran quienes requieran esa prestación, sino que es necesario que se encuentre acreditado que la misma fue constitutiva de una falla del servicio y que dicha falla fue causa eficiente del daño”¹⁰. (Énfasis añadido).

Se concluye entonces que la posición de la Corporación en esta época, a la par que la de la doctrina autorizada, se orienta en el sentido de que la responsabilidad médica, en casos como el presente, debe analizarse bajo el tamiz del *régimen de la falla probada*, lo que impone no sólo la obligación de probar el daño del demandante, sino, adicional e inexcusablemente, la falla por el acto médico y el nexo causal entre ésta y el daño.

El Consejo de Estado¹¹ en lo referente al título de imputación aplicable en los casos de responsabilidad por falla médica ha señalado que se ha desarrollado en tres etapas, así:

En primer lugar, se determinó que procedía el régimen subjetivo de la falla probada del servicio, el cual se exigía a la parte demandante la aportación de las pruebas para acreditar el daño, el incumplimiento del deber obligacional y el nexo causal entre uno y otro¹² en tanto al comportar la actividad médica una obligación de medio, de la sola existencia del daño no había lugar a presumir la falla del servicio.

Posteriormente, se acogió el título de imputación de falla presunta del servicio que fijó en cabeza del cuerpo médico la obligación de probar que su actuar se hizo de forma diligente y conforme a los postulados de la «lex artis». La posición se sustentó en que el conocimiento de los galenos les permitía explicar y demostrar mucho mejor que su actuación había seguido dichos parámetros¹³.

Con el desarrollo jurisprudencial se cuestionó la presunción de la falla del servicio y se llegó a una tercera posición denominada «de las cargas probatorias» la cual ordenaba que en cada caso el juez debía establecer cuál de las partes estaba en mejores condiciones de probar la falla o su ausencia¹⁴.

La posición jurisprudencial cambió de nuevo y abandonó la teoría de las cargas probatorias para acoger la postura del título de imputación subjetivo de la falla probada del servicio, el cual es el que aplica actualmente. Sobre el particular señaló:

¹⁰ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia del 23 de junio de 2010, exp. 19.101 C.P. Ruth Stella Correa Palacio.

¹¹ CONSEJO DE ESTADO- SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO- SECCIÓN TERCERA- SUBSECCIÓN A- Consejera ponente: MARTA NUBIA VELÁSQUEZ RICO- veintitrés (23) de octubre de dos mil diecisiete (2017)- Radicación número: 19001-23-31-000-2007-00017-01(43578); SECCIÓN TERCERA- SUBSECCIÓN B- Consejero ponente: DANILO ROJAS BETANCOURTH- catorce (14) de septiembre de dos mil diecisiete (2017)- Radicación número: 85001-23-31-000-2010-00125-01(42289); SECCIÓN SEGUNDA- SUBSECCIÓN A- Consejero ponente: WILLIAM HERNÁNDEZ GÓMEZ- nueve (9) de febrero del dos mil diecisiete (2017)- Radicación número: 11001-03-15-000-2016-00638-01(AC)

¹² Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 13 de septiembre de 1991. Radicado: 6253. Magistrado ponente Carlos Betancur Jaramillo; sentencia de 14 de febrero de 1992, radicado: 6477. Magistrado ponente Carlos Betancur Jaramillo entre otras.

¹³ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 24 de agosto de 1992, radicado: 6754, Magistrado ponente Carlos Betancur Jaramillo y sentencia del 30 de julio de 1992, radicado: 6897, Magistrado ponente Daniel Suárez Hernández.

¹⁴ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 10 de febrero del 2000, radicado: 11878. Magistrado ponente Alier Hernández Enríquez. Esta línea se reiteró, entre otras, en sentencia de 7 de diciembre de 2004, radicado: 14421, Magistrado ponente Alier Hernández Enríquez y sentencia del 11 de mayo del 2006, radicado: 14400, Magistrado ponente Ramiro

« [...] Por eso, de manera reciente la Sala ha recogido las reglas jurisprudenciales anteriores, es decir, las de presunción de falla médica, o de la distribución de las cargas probatorias de acuerdo con el juicio sobre la mejor posibilidad de su aporte, para acoger la regla general que señala que en materia de responsabilidad médica deben estar acreditados en el proceso todos los elementos que la configuran, para lo cual se puede echar mano de todos los medios probatorios legalmente aceptados, cobrando particular importancia la prueba indiciaria que pueda construirse con fundamento en las demás pruebas que obren en el proceso, en especial para la demostración del nexo causal entre la actividad médica y el daño¹⁵ [...]»

Entonces, el título de imputación que se aplica en la actualidad para dirimir los conflictos en materia de responsabilidad del Estado por la prestación del servicio médico es el subjetivo de la **falla probada del servicio**, el cual exige la demostración de todos los elementos que la configura, esto es, el daño, la actividad médica y el nexo causal entre esta y aquel.

iii) CASO CONCRETO:

En el caso *sub-examine* deberá entrarse a establecer si se encuentra acreditada la falla en el servicio, para lo cual será necesario comprobar si existe el daño, si se presentó una falla (acción u omisión) en la administración y si el daño se ha producido como consecuencia de la conducta de la entidad accionada (nexo causal); razón por la cual, se debe analizar uno a uno los mentados requisitos para declarar la responsabilidad de la demandada.

1. La existencia del Daño

Al respecto se estableció en el inciso segundo del Artículo 2° de la Constitución Política que: *“Las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en su vida, honra, bienes, creencias y demás derechos y libertades, y para asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares”*. En ese orden la norma atribuye a los servidores públicos y a los particulares que cumplen funciones públicas, el deber de actuar con el objetivo de proteger los derechos de los ciudadanos y de alcanzar las finalidades que la Carta le encomendó al Estado, lo anterior como quiera que son los servidores quienes finalmente desarrollan de forma material las actividades estatales.

Ahora bien el Consejo de Estado se ha pronunciado, respecto al **daño**, en los siguientes términos:

“... porque a términos del art. 90 de la Constitución Política vigente, es más adecuado que el juez aborde, en primer lugar, el examen del daño antijurídico, para, en un momento posterior explorar la imputación del mismo al Estado o a una persona de derecho público.

¹⁵ Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección tercera. Subsección C. C.P.: Olga Melida Valle De La Hoz. Bogotá, D.C. 20 de octubre de 2014. Radicación: 25000-23-26-000-2001-01792-01(30166). Actor: Ana Graciela Hernández Mora y otros. Demandado: Caja Nacional de Previsión Social E.P.S.

La objetivización del daño indemnizable que surge de este precepto constitucional, como lo ha repetido en diversas oportunidades la Sala, sugiere que, en lógica estricta, el juez se ocupe inicialmente de establecer la existencia del daño indemnizable que hoy es objetivamente comprobable y cuya inexistencia determina el fracaso ineluctable de la pretensión."¹⁶

En fecha 14 de marzo de 2012, señaló al respecto, la Sección Tercera del Honorable Consejo de Estado:

*"El daño antijurídico a efectos de que sea resarcible, requiere que esté **cabalmente estructurado**, por tal motivo, se torna imprescindible que se acrediten los siguientes aspectos relacionados con la lesión o detrimento cuya reparación se reclama: i) debe ser **antijurídico**, esto es, que la persona no tenga el deber jurídico de soportarlo; ii) que sea **cierto**, es decir, que se pueda apreciar material y jurídicamente **-que no se limite a una mera conjetura-**, y que suponga una lesión a un derecho, bien o interés legítimo que se encuentre protegido el ordenamiento jurídico, y iii) que sea **personal**, es decir, que sea padecido por quien lo solicita, en tanto se cuente con la legitimación en la causa para reclamar o debatir el interés que se debate en el proceso, bien a través de un derecho que le es propio o uno que le deviene por la vía hereditaria.*

La antijuricidad del daño va encaminada a que no sólo se constate la materialidad y certidumbre de una lesión a un bien o interés amparado por la ley, sino que, precisamente, se determine que la vulneración o afectación de ese derecho contravenga el ordenamiento jurídico, en tanto no exista el deber jurídico de tolerarlo. De otro lado, es importante precisar que la antijuricidad del daño no se relaciona con la legitimidad del interés jurídico que se reclama. En otros términos, no constituyen elementos del daño la anormalidad, ni la acreditación de una situación jurídica protegida o amparada por la ley; cosa distinta será la determinación de si la afectación proviene de una situación ilícita, caso en el que no habrá daño antijurídico pero derivado de la ilegalidad de la conducta.

De allí que, la Sala no prohíba interpretaciones ya superadas según las cuales era preciso que se acreditara una situación legítima -más no legal-, pues se trata de un carácter que en la actualidad no se predica del daño, pues el mismo sirvió de fundamento para negar perjuicios a situaciones que revistiendo la connotación de daños, eran censuradas moralmente (v.gr. los perjuicios reclamados por los entonces mal llamados concubinos o concubinas, los daños irrogados a trabajadoras sexuales, etc.)¹⁷.

Como se aprecia, el daño antijurídico es el principal elemento sobre el cual se estructura la responsabilidad patrimonial de la administración pública, a la luz del artículo 90 de la Carta Política, entidad jurídica que requiere para su configuración de dos ingredientes: i) uno material o sustancial, que representa el núcleo interior y que consiste en el hecho o fenómeno físico o material (v.gr. la desaparición de una persona, la muerte, la lesión, etc.) y ii) otro formal que proviene de la norma jurídica, en nuestro caso de la disposición constitucional mencionada¹⁸.

En este orden, el daño antijurídico no puede ser entendido como un concepto puramente óntico, al imbricarse en su estructuración un elemento fáctico y uno jurídico se transforma para convertirse en una institución deontológica, pues sólo la lesión antijurídica es resarcible integralmente en términos normativos

¹⁶Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 10 de septiembre de 1993. Expediente No. 6144. Consejero Ponente: Juan de Dios Montes.

¹⁷"La noción de situación jurídicamente protegida como clave para que una persona esté legitimada para actuar bien podría ser enunciada por su anverso, esto es, que no puede recibir indemnización quien se encuentre en una situación ilegal de la que se genera el título por el cual se reclamaría." HENAO, Juan Carlos "El daño", Ed. Universidad Externado de Colombia, Bogotá, 1998, pág. 95.

¹⁸Cf. de cupis, Adriano "El Daño", Ed. Bosch, Barcelona, 2ª edición, 1970, pág. 82.



(artículo 16 de la ley 446 de 1998) y, por lo tanto, sólo respecto de la misma es posible predicar consecuencias en el ordenamiento jurídico.

Es así como, sólo habrá daño antijurídico cuando se verifique una modificación o alteración negativa fáctica o material respecto de un derecho, bien o interés legítimo que es personal y cierto frente a la persona que lo reclama, y que desde el punto de vista formal es antijurídico, es decir no está en la obligación de soportar porque la normativa no le impone esa carga.”¹⁹
(Negrilla del Tribunal)

De manera que, puede concretarse la definición de daño antijurídico, como la *lesión, menoscabo, perjuicio o detrimento, patrimonial o extrapatrimonial, de los bienes o derechos de los cuales el titular no tiene el deber jurídico de soportar*²⁰. Por ello en cada negocio, de conformidad con lo establecido en el artículo 167 del C.G.P, le corresponde al demandante acreditar o demostrar cada uno de los elementos constitutivos del daño antijurídico, esto es *i)* la lesión patrimonial o extrapatrimonial del bien jurídico del cual es titular; *ii)* que la lesión o el menoscabo no se encuentre en el deber jurídico de soportarlo, es decir la antijuridicidad.

Descendiendo al caso concreto, se observa que en el expediente se acreditó que el joven EDWIN FERNANDO PINEDA PATIÑO, ingresó a la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional (CLITU-CLINICA DE TUNJA), en fecha 24 de diciembre de 2010, siendo las 2:10 pm, al servicio de urgencias por Fiebre y Dolor de Garganta, le diagnostican *AMIGDALITIS ESTREPOCOCICA* (fl. 295), y le prescriben los siguientes medicamentos: “*IBUPROFEN 400 MG... PENICILINA G BENZATINICA 2.400.000 U.I...*”; luego siendo las 9:31 pm, consulta nuevamente presentando “dolor en el pecho desde hace tres horas”, le practican un EGC, y le diagnostican “*INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO*”, se ordena remisión a entidad de III Nivel, y le prescriben medicamentos. (fl. 295- 300): posteriormente ingresa a la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA, es remitido a la UCI, y luego fallece (fls. 49-130, 255-269, 500-545).

Así las cosas se encuentra acreditado *el daño* padecido por el joven EDWIN FERNANDO PINEDA PATIÑO, pues *falleció* en la UCI del ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA, el 26 de diciembre de 2010, a las 20:00 horas (fl.25 Registro civil de defunción); según el Informe de necropsia, aportado a folios 603 y ss, rendido por el INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES, junto con informe complementario, se señala que falleció “*POR UNA FALLA MULTIORGANICA SECUNDARIA A UN SHOCK SEPTICO NO SE DESCARTA FOCO PULMONAR COMO EL INICIAL, se agrega que se confirmó la miocarditis clínicamente planteada...*”; así mismo se advierte que el daño “la muerte”, se constituye como el perjuicio al bien jurídico protegido como lo es la vida, el cual ninguna persona está obligado a soportarlo, en esa medida este primer requisito está acreditado.

¹⁹ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección C. Sentencia del 14 de marzo de 2012. Consejero Ponente: Enrique Gil Botero. Radicación número: 05001-23-25-000-1994-02074-01(21859)

²⁰ Ver, entre muchas otras: Consejo de Estado, Sección Tercera, Sentencia del 31 de mayo de 2007. Expediente No. 16898. Consejero Ponente: Enrique Gil Botero; Sentencia del 7 de diciembre de 2005. Expediente No. 14065. Consejero Ponente: Ramiro Saavedra Becerra; Sentencia del 6 de junio de 2007. Expediente No. 16460. Consejera Ponente: Ruth Stella Correa Palacio.

2. Configuración de la Acción u omisión en la actividad Médica

Ahora se debe determinar si la acción u omisión de las entidades demandadas POLICIA NACIONAL y ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA, fue la causa única y eficiente para la configuración del hecho dañino y si la misma puede constituirse como una falla del servicio, para el efecto se deben abordar cada una de las falencias que aduce la parte demandante, así:

- **Ausencia de un adecuado análisis y seguimiento a los protocolos médicos.**
- **Falta de atención médica especializada**
- **Negligencia en el traslado del paciente entre la Policlínica de Tunja, y la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA, por cuanto considera que no lo enviaron a la mayor brevedad al centro de cardiología HOCEM, con el fin de descartar afecciones cardiológicas, además existió Falla de la policlínica por no haber trasladado el paciente a través de un medio aéreo.**
- **Falla en el servicio médico, error en el diagnóstico, negligencia e impericia, al suministrar un tratamiento cardiovascular en ausencia de un cardiólogo.**
- **Negligencia médica en la atención brindada en la Clínica de Risaralda por parte de la policía Nacional.**

La historia clínica que se aportó respecto de la atención en salud prestada a EDWIN FERNANDO PINEDA PATIÑO a partir del 24 de diciembre de 2010 al 26 de diciembre del mismo año, deja entrever lo siguiente:

- El paciente ingresa por primera vez al servicio de urgencias, el 24 de diciembre de 2010, siendo las 2:10 pm, de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional (CLITU-CLINICA DE TUNJA), consultado por síntomas como Fiebre y Dolor de Garganta, refiere la fiebre con antelación de tres días, no señala antecedentes de ninguna clase, le diagnostican AMIGADALITIS ESTREPOCOCICA (fl. 295), le prescriben los siguientes medicamentos: "IBUPROFEN 400 MG... PENICILINA G BENZATINICA 2.400.000 U.I..."
- Posteriormente, el mismo día, a las 9:31 pm, reingresa al servicio de urgencias de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional (CLITU-CLINICA DE TUNJA), presentando "dolor en el pecho desde hace tres horas", le practican un EGC, y le diagnostican "INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO", se ordena remisión a entidad de III Nivel, le prescriben los siguientes medicamentos: "HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR 60 MG (EXOPARINA)... SOLUCIÓN DE CLORURO DE SODIO 0.9% X 500 ML, ..METROPOLOL TARTRATO 50 MG.. ENALAPRTIL MALEATO 5 MG... MEPERIDINA CLORHIDRATO 100 MG... ACETIL SALICILICFO ACIDO 100 MG... ATORVASTATINA 20MG... CLOPIDOGREL 75 MG... RANITIDINA 25 MG/ML INYECTABLE.. METOCLOPRAMIDA CLORHIDRATO 5 mg/ml ..."(fl. 295- 300)

- Recibido el paciente en el Hospital San Rafael de Tunja, institución de III nivel, siendo las 23:29, se realizaron las siguientes observaciones en la historia clínica, el paciente es atendido a las 23:45 (fls. 49-130, 255-269, 500-545):

Evento de Consulta: Dolor torácico
 Edad actual: Cuadro de Dolor torácico en región intrasternal tipo caso de intensidad 9/10 que surge repentinamente y de carácter a Darse leve y recurrente. No refiere otros síntomas. El dolor inicia en reposo. Fue evaluado en la sala de urgencias de I.A.M. en sala interior e inicia manejo sintomático y remite a nuestra institución. El paciente refiere que el dolor fue de inicio agudo y de aprox 3 horas de evolución.

DESCRIPCION:
 Buenas condiciones generales.
 FC: 72 sin variación. Murmura oral normal.
 CP: RSG ritmicos sin agudados, Ruidos respiratorios normales sin agudados.
 Abd blanda depresible no doloroso
 Ext normales
 Neurologico Sin deficit

IMPRESION DIAGNOSTICA: COPIA
 DE SU HISTORIA CLINICA

IMPRESION DIAGNOSTICA:
 1. Dolor torácico
 2.

ORDENES MEDICAS:
 (1) Observación
 (2) Electrocardiograma
 (3) SS: CPK - CPK-MB - Troponina
 Ven Camargo
 NTA 12-10

DR. LEONEL S. CARRANZO BERNAL
 MEDICO URLOGO
 C.R. 0332 232

- Posteriormente, se solicita ingreso a la UCI, siendo la 1+40, del 25 de diciembre de 2010, según se advierte de la evolución médica en urgencias, así:



EN DILUCION URGENCIAS:
 4. EKG supragen de laboratorio. cct total est, CPK MB 107;
 1. Historia 1-3 12 JCA
 2. Laboratorio valoración por Medicina Interna
 3. P. en control
 4. 12/12/10

TOMADA FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Ingres a al servicio de la UCI, siendo las 05+45 del 25 de diciembre de 2010, donde recibe la siguiente atención médica:

INGRESO

HOMBRE DE 25 AÑOS DE EDAD QUIEN REFIERE CUADRO CLÍNICO DE 12 HORAS DE EVOLUCION DE INICIO DE DOLOR PRECORDIAL OPRESIVO, NO IRRADIADO NI REFERIDO, DE INTENSIDAD 8/10, EL CUAL SE ASOCIA A DISNEA LEVE Y AUMENTA CON LA RESPIRACION. NO SINTOMAS DISAUTONOMICOS, FUE VALORADO EN CLINICA DE LA POLICIA DONDE REALIZAN EKG QUE EVIDENCIA SUPRADESNIJ DEL ST EN CARA INFERIOR Y LATERAL. CONSIDERAN ENFERMEDAD CORONARIA MOTIVO POR EL CUAL REMITEN, INGRESA A URGENCIAS EN REGULARES CONDICIONES GENERALES, ALGICO, NO SINTOMAS DISAUTONOMICOS, REALIZAN ENZIMAS CARDIACAS CON CPK Y CPK MB ELEVADAS, TROPONINA I POSITIVA, CONSIDERAN ENFERMEDAD CORONARIA POR LO CUAL SOLICITAN VALORACION POR CUIDADO INTENSIVO, SE EVALUA PACIENTE SE CONSIDERA DEBE CONTINUAR ESTUDIOS EN LA UNIDAD.

REVISION POR SISTEMAS:
 EPISODIO DE FARINGOAMIGDALITIS EN DIAS ANTERIORES
 EN MANEJO CON PENICILINA BENZATINICA

ANTECEDENTES:
 PATOLOGICOS: NEG. QUIRURGICOS: NEG. HOSPITALIZACION: NEG. TRAUMATICO: NEGATIVO. TOXICO ALERGICOS, NO
 FARMACOLOGICOS: PENICILINA BENZATINICA EN DIAS ANTERIORES. FAMILIARES: NIEGA

EXAMEN FISICO:
 INGRESA PACIENTE EN REGULARES CONDICIONES GENERALES, REFIERE DOLOR RETROESTERNAL PERSISTENTE, CON SV: TA: 150/89. TAM: 109, FC: 102, FR: 19, T: 37.3, SATO2: 97 %, FIO2: 28, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, CONGESTION OROFARINGEA. CON ESCURRIMIENTO POSTERIOR, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS TAQUICARDICOS, NO SOPLOS, NO FROTE PERICARDICO, RUIDOS RESPIRATORIOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, CAMPOS PULMONARES LIMPIOS. RUIDOS INTESTINALES PRESENTES, NO DOLOR, NO RESISTENCIA MUSCULAR INVOLUNTARIA, NO EDEMA DE MISIS, PULSO ++, LLENADO P 2 SEGUNDOS, ALERTA, CONCIENTE, NO PARES CRANEANOS, NO FOCALIZACION.

EKG:
 SUPRADESNIJ DE CONCAVIDAD INFERIOR EN CARA LATERAL. LATERAL ALTA, CARA INFERIOR. CON INVERSION DE LA ONDA T EN AVR.

ANALISIS:
 PACIENTE JOVEN SIN ANTECEDENTES EXPOSICIONALES, SIN ANTECEDENTES PERSONALES, DE BAJO RIESGO PARA PRESENTAR EVENTO CORONARIO AGUDO, CON HALLAZGOS ELECTROCARDIOGRAFICOS QUE SUGIEREN SCA VS PERICARDITIS AGUDA, ENZIMAS CARDIACAS ELEVADAS QUE SUGIEREN ECA VS MIOCARDITIS. NO SE ENCUENTRA DENTRO DE LIMITES PARA TROMBOLISIS.

DIAGNOSTICOS:
 1. PERICARDITIS + MIOCARDITIS AGUDA
 2. ENFERMEDAD CORONARIA??

PLAN:
 MONITORIA CONTINUA, DIETA CORRIENTE, O2 POR CN, BASALES A 20 CC, ANALGESIA CON AINES, TERAPIA ANTISQUEMICA HASTA DESCARTAR EVENTO CON ECOCARDIOGRAMA PORTATIL, SS: EKG DIARIO. LABORATORIOS, CURVA ENZIMATICA.

ECOCARDIOGRAMA PORTATIL.

EVOLUCION DIARIA

PACIENTE CON EVOLUCION ESTACIONARIA CONTROL TRANSITORIO DEL DOLOR Y FRECUENCIA CARDIACA. RX TORAX EVIDENCIA LEVE ENSANCHAMIENTO DE SILUETA MIOCARDICA, SIN EDEMA PULMONAR, ENZIMAS CARDIACAS ELEVADAS MB: 107 CPK: 981 TROPONINA: 1.38 14:35 AM 25 DE DICIEMBRE DE 2010. MANEJO CON BETABLOQUEADOR AINES IBUPROFENO 800 MG CADA 8 HORAS. PROTECCION GASTRICA, ENOXAPARINA PROFILACTICA. PENDIENTE TOMA DE ECOCARDIOGRAMA.

NOTA TARDE:
 PACIENTE PRESENTA EPISODIO DE DOLOR TORACICO ASOCIADO A TAQUICARDIA ENTRE 130 Y 140 POR MINUTO REQUIRIENDO INICIO DE METOPROLOL ENDOVENOSO, POR EVOLUCION TORPIDA Y LA NO DISPONIBILIDAD DE TOMA DE ECOCARDIOGRAMA EN LAS PROXIMAS 18 HORAS SE DECIDE INICIAR TRAMITES DE REMISION A UCI ADULTOS - CARDIOVASCULAR SEGUN RED DE PRESTACION DE SERVICIOS.

MEDICO QUE ELABORA LA CPICRISIS

M.D. JULIO A. VELANDIA E.
 MEDICINA CRITICA Y CUIDADOS INTENSIVOS
 U. SABANA
 Rto. / C. C. 720547

NOMBRES Y APELLIDOS: _____ FIRMA: _____ REGISTRO PROFESIONAL: _____

Posteriormente se puede advertir de la atención médica recibida en la UCI:

26 DE DICIEMBRE DE 2010: PACIENTE CON EVOLUCION TORPIDA CON REQUERIMIENTO DE SOPORTE VENTILATORIO POR EDEMA PULMONAR SECUNDARIO A DISFUSION VENTRICULAR IZQUIERDA QUE EN EL CONTEXTO PODRIA SER POR RESTRICCIÓN PERICARDICA O SECUNDARIA A LA SEPSIS EN EL MOMENTO CON SHOCK SEPTICO CON MANEJO CON VASOACTIVOS LOGRANDO PRESIONES DE PERFUSION DESEADAS SIN EMBARGO LACTATO SERICO EN AUMENTO, HIPERDINAMIA CON TAQUICARDIA MARCADA LA CUAL NO SE REVIERTE, DADO QUE ES EL MECANISMO QUE COMPENSA SU GASTO CARDIACO, CON MEJORIA DE LA OXIEGNACION Y MEJORIA RADIOLÓGICA LO CUAL ES COMPATIBLE CON EDEMA PULMONAR EN RESDLUCIÓN, LLAMA LA ATENCION LA LEVE ELEVACION DE LOS AZOADOS CON BUENOS VOLÚMENES URINARIO. SIN EMBARGO EL MANEJO DE LIQUIDOS SERA CON PRECAUCIÓN DADA SU CONDICIÓN CARDIOPULMDNAR.

LA CURVA ENZIMÁTICA MUESTRA DISMINUCIÓN DE LA CK TOTAL Y MB, CON RESPECTO AL INGRESO Y AL CONTROL DE HACE 6 HORAS, PERSISTE CON ELEVACION DEL ST EN CARA LATERAL ALTA Y CARA INFERIOR, FUERA DEL RANGO PARA TROMBOLISIS, DADO QUE LLEVA MAS DE 24 HORAS DE INICIO DEL CUADRO CLÍNICO.

DESDE EL PUNTO DE VISTA INFECCIOSO CON SIRTS CON MARCADORES DE SEPSIS POSITIVOS Y CON FOCO PERICARDICO A DESCARTAR EN EL MOMETO SIN DATOS QUE PERMITAN DESCARTAR DERRAME PERICARDICO, POR LO CUAL SE HARÁ ECOGRAFIA TORÁCICA TAC CONTRASTADO PREVIA NEFROPROTECCION, SE SOLICITA RASTREO PARA SEPSIS Y MANEJO ANTIBIÓTICO. CON DORPENEM VANCOMICINA.

NOTA DE 10:30AM: SE REALIZA ECOGRAFIA TRANSTORACICA EN LA CUAL NO SE EVIDENCIA NI COLECCIÓN NI DERRAME PERICARDICO. PENDIENTE TAC DE TÓRAX CONTRASTADO.

NOTA 12:00: PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA, CAMPOS ESTÉRILES CON TÉCNICA DE SELDINGER SE PASA CATÉTER DE SWAN GANZ A TRAVÉS DE CATÉTER CENTRAL CON REPORTE DE HEMODINÁMIA COMPATIBLE CON CHOQUE DISTRIBUTIVO DADO POR RESISTENCIA BAJA, IC Y GASTO CARDIACO NORMALES, PM 35, GASES CON LEVE HIPOPERFUSIÓN TISULAR ACIDOSIS METABÓLICA. PLAN: CONTINUAR SOPORTE VASOACTIVO INICIAR DORPENEM VANCOMICINA. MONITOREO HEMODINÁMICO Y DE GASES ARTERIALES CADA 6 HORAS.

NOTA 13:00: REPORTE TAC DE TÓRAX CONTRASTADO: CONSOLIDACIONES PARENQUIMATOSAS EN REGIONES POSTERIORES DE AMBAS BASES PULMONARES SOSPECHAR COMO PRIMERA POSIBILIDAD EDEMA PULMONAR NO CARCINOGENICO, LA POSIBILIDAD DE PROCESO INFECCIOSO NO PUEDE DESCARTARSE. SE ENCUENTRA PARCIAL DE ORINA SUGESTIVO DE INFECCIÓN EL CUAL SE CULTIVO. RECIBE MANEJO ANTIBIÓTICO DE AMPLIO ESPECTRO. SE ESPERARAN REPDRTES DE CULTIVOS PARA DECIDIR MANEJO DEFINITIVO. HASTA EL MOMENTO PACIENTE CON CHOQUE SEPTICO SEVERO CON CDM PROMISO MULTIORGANICO CON FOCO PULMONAR.

NOTA 15:20: PACIENTE CON MAL ESTADO GENERAL PRESENTA PARO CARDIACO EN RITMO AESP, SE INICIAN MANIOBRAS DE RESUCITACIÓN BÁSICAS Y AVANZADAS CON SOPORTE VENTILATORIO VBM COMPRESIONES TORÁCICAS A 100 POR MINUTO, ADMINISTRACIÓN DE ADRENALINA CADA TRES MINUTOS EXCEPTO SEGUNDA DOSIS QUE SE ADMINISTRO CON VASOPRESINA 40U. REQUIRIÓ ADEMÁS DDSIS DE ATROPINA POR AESP EN BRADICARDIA CON SALIDA A RITMO SINUSAL. DESPUÉS DE 11 MINUTOS TAQUICARDIA SINUSAL SE REALIZA NUEVAMENTE HEMODINÁMIA Y GASES QUE MUESTRAN DISMINUCIÓN DEL ÍNDICE CARDIACO A 2.2 Y GASTO CARDIACO A 4.1 CON RVS 717 RVP 53 GASES CON ACIDEMIA METABÓLICA SEVERA HCO3 8 LACTATO 8. PACIENTE EN ESTADO POST RCCP CON CUADRO DE CHOQUE SÉPTICO Y CARCINOGENICO CON HIPOPERFUSIÓN TISULAR Y HEMODINÁMIA COMPATIBLE CON CHOQUE CARCINOGENICO, QUIEN REQUIERE INOTRÓPICO POR LO CUAL SE ORDENA INICIO DE LEVOSINEDAN, SE COMENTA LA SITUACIÓN A LA FAMILIA Y SE CONTINUA AMIODARONA. SE INICIA DIGOXINA PARA DISMINUIR RESPUESTA VENTRICULAR, NO ES POSIBLE MANEJAR BETA BLOQUEADOR ENDOVENOSO DADA LA FACILIDAD CON LA CUAL EL PACIENTE ENTRA EN BRADICARDIA POSTERIOR A SU ADMINISTRACIÓN, AUN A DOSIS BAJAS.

26 DE DICIEMBRE DE 2010 18 + 55 PACIENTE CON CHOQUE REFRACTARIO CON SOPORTE TANTO VASOACTIVO COMO INOTRÓPICO A DDSIS PLENAS, CON AMIODARONA EN INFUSIÓN CONTINUA, CON TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR SEVERA. CON FIEBRE DE 40 °

PERSISTENTE DURANTE LA TARDE, POR LO CUAL SE INICIA MANEJO CON ANTIPIRETIICOS A DOSIS ALTAS CON EL FIN DE DISMINUIR TAQUICARDIA, SE DECIDE INICIO DE ESTEROIDE EN INFUSION CONTINUA TENIENDO COMO SOSPECHA DISFUNCION CORTICOSUPRARRENAL RELACIONADA CON LA SEPSIS,

26 DE DICIEMBRE DE 2010 19 + 40 PACIENTE EN MALAS CONDICIONES GENERALES CON CHOQUE CARDIOGENICO Y SEPTICO, REFRACTARIO AL MANEJO CON SOPORTE VASOACTIVO A DOSIS PLENAS, CON SOPORTE INOTROPICO CON LEVOSIMENDAN, CON CONTROL DE LA HEMODINAMIA CON MEJORIA DE EL INDICE CARDIACO(CI) Y GASTO CARDIACO (CO) A 5 Y 9 RESPECTIVAMENTE, PERSISTE CON SEVERA DISMINUCION DE LAS RESISTENCIAS VASCULARES PERIFERICAS, GASES CON MEJORIA DEL ESTADO ACIDO BASE Y DISMINUCION DEL LACTATO DESDE 8 HASTA 5. ADEMAS DE EVIDENCIAR MEJORIA EN LOS DEMAS INDICES DE PERFUSION TISULAR DELTA CO2, IMA Y DIFERENCIA ARTERIOVENOSA. PERSISTE CON OLIGURIA DURANTE EL DIA CON ADECUADAS PRESIONES DE LLENADO.

SIN EMBARGO PERSISTE CON CHOQUE REFRACTARIO CON HIPERDINAMIA, SIRS, MAL PATRÓN RESPIRATORIO CON DISFUNCION PULMONAR MODERADA E IMPORTANTE ACIDEMIA METABOLICA, SIN EMBARGO CON AUMENTO DEL BICARBONATO CON RESPECTO A LAS 4 HORAS

EN CONTINUA CON SOPORTE VASOACTIVO E INOTROPICO, EN VENTILACION MECANICA, CON SEDACION PARA ACOPLE A DOSIS BAJAS, AMIODARONA EN INFUSION CONTINUA, MANEJO ANTIISQUEMICO Y BLOQUEO PLAQUETARIO DUAL, CONTROL DE HEMODINAMICA CADA 4 A 6 HORAS, MAL PRONOSTICO VITAL A CORTO PLAZO SE COMENTA A LA FAMILIA SU ESTADO ACTUAL

26 DE DICIEMBRE DE 2010 PACIENTE CON MAL ESTADO GENERAL CON EVOLUCION TORPIDA DADA POR LA PERSISTENCIA DE BAJAS PRESIONES ARTERIALES MEDIAS A PESAR DE SOPORTE VASOACTIVO PLENO, CON PROGRESION A PARO CARDIACO EN RITMO DE AESP, SE INICIAN MANIOBRAS AVANZADAS DE REANIMACION, CARDIOCEREBROPULMONAR CON COMPRESIONES TORACICAS A 100

R MINUTO, SOPORTE VENTILATORIO CON VBM, ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS CADA 3 MINUTOS CON ADRENALINA Y PROPRINA POR AESP EN BRADICARDIA, MANIOBRAS DE REANIMACION QUE SE EXTIENDEN POR 20 MINUTOS, DESDE LAS 19 + 40 HASTA LAS 20 OCUANDO SE DECLARA LA MUERTE CLINICA, SE DA AVISO INMEDIATO A LA FAMILIA, SE COMENTA LA POSIBILIDAD DE REALIZAR AUTOPSIA CLINICA, LA FAMILIA ACEPTA Y SE FIRMA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LA SOLICITUD DE LA AUTOPSIA.

| EPICRISIS | |
|--|--|
| SERVICIO: UCI | CAMA: 2 FECHA: 26 DE DICIEMBRE DE 2010 |
| CONDICION: FALLECE | |
| SE TRASLADA A LA MORGUE | |
| DIAGNOSTICOS EGRESO | CODIGO CIE 10 |
| CHOQUE SEPTICO-CARCINOGENICO (M CON EST KK IV STK (-) 48 HORAS DE EVOLUCION CARA ANTEROSEPTAL EDEMA PULMONAR CARCINOGENICO SEPSIS SEVERA DE ORIGEN PULMONAR - URINARIA NEUMONIA GRAVE DE LA COMUNIDAD SINDROME DE DISFUNCION MULTIORGANICA (CARDIOVASCULAR, VENTILATORIA HEMATOLOGICA RENAL) MIOCARDITIS ? TADO POS RCCP | R 579 I 219 |
| PROCEDIMIENTOS | |
| IDEM | |
| RECOMENDACIONES GENERALES | |
| MÉDICO QUE ELABORA LA EPICRISIS: DR. JULIO A. VELAZQUEZ E. MEDICINA CRÍTICA Y CUIDADOS INTENSIVOS U. SABANA 72.25-7 | |
| NOMBRES Y APELLIDOS | FIRMA |
| | REGISTRO PROFESIONAL |

TOMADA DEL COPIA
DE SU ORIGINAL

Del recuento anterior y revisando la totalidad de la historia clínica aportada, la necropsia practicada en medicina Legal, así como de la prueba testimonial rendida por los médicos que participaron en la atención del paciente; y también con el Dictamen pericial rendido por los especialistas de la Universidad Nacional, se configuran todas ellas, como **la prueba científica determinante** para establecer que no se probó en el desarrollo de este proceso, la acción u omisión del personal médico que atendió al Joven Patrullero, a partir del 24 de diciembre de 2010 y hasta la fecha de su fallecimiento, pues no actuaron fuera de los



protocolos médicos; por el contrario la atención brindada fue oportuna, de calidad y con la utilización de todos los medios para prestar el servicio al paciente.

Veamos, en primera instancia respecto a la atención prestada por parte de la Dirección de Sanidad de la policía Nacional, el Médico Internista Dr. JULIO ALBERTO VELANDIA CELY, al minuto 01:28:08, se le interroga y señala lo siguiente²¹:

“... se le pregunta la doctor Velandia si el día 24 de diciembre de las 2 de la tarde a las 9 de la noche para posteriormente ser remitido al hospital san Rafael ¿fue oportuno esa remisión? Teniendo en cuenta el cuadro clínico que presentaba”. CONTESTO:, el médico lo manejo oportunamente, tomando una decisión de acuerdo a lo que él evaluó en su paciente, el shock séptico era tan severo y de una evolución tan rápida que vemos como en menos de 72 horas el paciente fallece, es decir que él puede haber consultado por los síntomas, en la parte inicial y las 8 o 10 horas lo ven tan malo que deciden remitirlo y el medico es consciente que donde él está trabajando no tienen las condiciones para tratarlo y lo que hacen es remitirlo; entonces pues ya con posterioridad... seguramente si yo lo valoro otra vez y pienso que es una amigdalitis hubiera actuado como él y si me llega otra vez mas malo y en malas condiciones también hubiera actuado como él, busco cual sea la mejor institución para remitirlo o por lo menos mejor que la que yo tengo” (negrillas por el despacho)

Adicionalmente, se descartó que el paciente debía ser trasladado fuera de la ciudad de Tunja ya sea por vía aérea o terrestre a otra institución, y que por tanto existiera una probabilidad alta de estar con vida, como lo argumenta la parte actora, precisamente por el estado de gravedad que tenía, y además por cuanto el personal médico de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional (CLITU-CLINICA DE TUNJA), de acuerdo a los síntomas que presentó al momento de decidir remitirlo a una Institución de III Nivel, como lo es la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA, ese traslado de Urgencias de la Clínica de la Policía, hacia el Hospital San Rafael, fue dentro de los parámetros normales, agotando todos los recursos, tanto así, que cuando ingresa no se advierte algún signo de alarma, que permitiera inferir un traslado tardío a dicha institución, por el contrario no se desvirtuó que existiera en la Región (a través de la Red Prestadora del servicio de Salud), otra institución que prestara una mejor atención hospitalaria que el Hospital San Rafael de Tunja.

De otra parte, en cuanto a la prestación del servicio, en la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA, se infiere que una vez ingresa por Urgencias, esto fue a las 23:45, siendo la 1:40, se ordena remisión a UCI, lográndose su ingreso a las 05:45 am, es decir, tampoco existió una demora en recibir la atención que en su momento el médico internista del servicio de urgencias solicitó (*Dr. Pérez yaguas*- quien solicita ingreso a la UCI).

Adicionalmente, la actuación realizada en la institución por parte del personal médico fue la correcta al caso, a la sintomatología que presentó EDWIN FERNANDO, ya que inicialmente, acude con síntomas de amigdalitis (recibe el tratamiento para ello), luego el dolor torácico (recibe los medicamentos adecuados a dichos síntomas, esto es, para el infarto de miocardio), y posteriormente cuando se advierte la presencia de sepsis, recibe además de todos los procedimientos que se encuentran en la UCI, la prescripción del *antibiótico de amplio espectro*, y todo ello, en menos de cinco horas de haber ingresado a la UCI; lo

²¹ Ver folio 632 y ss audiencia de pruebas 17 de febrero de 2016.

anterior para resaltar que como bien lo señaló el Especialista de la UNIVERSIDAD NACIONAL, en la contradicción al dictamen pericial, existieron en el caso tres momentos y en cada uno de ellos la atención fue la correcta, la pertinente así²²:

“PREGUNTADO (52:34), En términos generales, teniendo en cuenta que este era un periodo crítico, y demasiado corto, si así se puede decir, por tratarse del corazón, entre el 24 al 26, nos puede establecer este momento porque nos está hablando posteriormente y posteriormente, para que haya claridad, de la actuación de los médicos del hospital en la intervención para aplicar, los tratamientos que debían aplicar tanto para la infección, o tanto para el corazón, CONTESTO: - el perito revisa la historia clínica, a folios 806 y ss, le hace una lectura, y finalmente señala: que existen tres momentos, en cada uno de ellos indica qué medicamentos se le suministraron al paciente. Al minuto 01:05:42: concluye el momento en que se da inicio al antibiótico para tratar la sepsis... “ esos son los tres grandes momentos del paciente “.. PREGUNTADO (1:06:48).. dígame al despacho si realmente así como se hizo el seguimiento cardiaco, se hizo el adecuado seguimiento para controlar la infección según estos términos que aparece en la historia clínica. CONTESTO: sí señor, según los documentos aquí mostrados, el seguimiento se hizo juicioso como yo lo acabo de expresar en las preguntas anteriores, pues realmente hicieron lo que estaban pensando y fueron coherentes con los pensamientos.

Es importante, traer a contexto apartes del testimonio rendido por el Profesional médico Internista DR. VELANDIA; que refiere frente lo siguiente cuando rinde su testimonio:

“... el diagnostico lo hizo un internista neumólogo y un intensivista y el manejo que se le dio fue ventilación mecánica, líquidos endovenosos, soporte vasopresor, antibióticos, electrolitos, nutrición, rehabilitación, prevención de sangrado digestivo, prevención de trombosis venosa profunda, se le tomaron cultivos de sangre de muestra de pulmón, para tratar de esclarecer la bacteria que estaba generándole la enfermedad al paciente; si bien es cierto veo que aquí están maximizando lo que no se hizo, están minimizando lo que se hizo a ese paciente se le hizo todo lo que dice la guía mundial de sobrevivir a la sepsis, se llama así y ustedes pueden buscar en internet; para esa época yo era miembro del staff de la Sociedad Colombiana de Cuidado Intensivo que saco la primera guía de manejo de la sepsis en Colombia y yo formo parte de los 11 expertos que hizo ese documento; entonces para su respuesta se le dio el tratamiento que dicen las guías mundiales y se lo dirigió en forma permanente un especialista entrenado y con el reconocimiento legal en Colombia para ejercer la actividad de cuidado intensivo”. PREGUNTADO: (1:25:51) “manifiéstele al despacho si el paciente estuvo durante 3 días aproximadamente y entra con un cuadro de infección de amigdalitis y se ordena una remisión, cual fue el motivo por la cual no se hiciera la remisión habiendo tenido de ese tiempo disponible” CONTESTO: lo primero que quiero decirle es que los médicos hacemos presunciones diagnósticas y tenemos que hacer exámenes para comprobar diagnósticos, entonces el diagnostico de amigdalitis puede estar en el mismo contexto clínico que una neumonía, porque los dos son una infección de la vía respiratoria; no conozco una amigdalitis que haya llevado a un paciente a las condiciones en las que llego el paciente, el diagnostico de amigdalitis obviamente tenemos que descartarlo y nunca fue un diagnóstico de trabajo de la unidad de cuidados intensivos y no se remitió porque era más riesgo remitir al paciente que mantenerlo manejado en la unidad de cuidados intensivos; yo quiero señor abogado que usted se ponga en la condición de un paciente en esas condiciones dentro de un carro trasportándose de aquí a Bogotá; una persona que muere en las siguientes 48 horas, ¿qué le hubiese podido pasar si se transporta de aquí a Bogotá en esas condiciones?, hubiera fallecido antes, vuelvo y digo en el contexto de hacer y en contexto médico-legal, este nos obliga a escribir en la historia una posibilidad, y describir porque si y porque no; pero realmente pueden ustedes preguntarle a cualquier intensivista, que un paciente ventilado, con soporte cardiovascular, en estado permanente de shock,

²² Ver folios 941 y ss audiencia de pruebas 17 de marzo de 2017.

con esa hemodinamia que tenía ... si hubiésemos permitido salir del hospital, la muerte hubiera sido mucho más pronta. (negrillas por el despacho)

Pues bien, se advierte de lo anterior, que contrario a lo manifestado por la parte actora, en la prestación del servicio brindada por la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA al paciente, no se configuró **negligencia, inadecuado análisis, o error en el diagnóstico**; nótese que desde el inicio de la atención, la **miocarditis** era una posibilidad, pero había que descartar a qué se debía, es decir, si se debía a un infarto (patología Cardíaca) o a un virus, y eso fue lo que precisamente se hizo, no obstante la evolución y la poca respuesta del paciente, finalmente llevó a la muerte de EDWIN FERNANDO PINEDA PATIÑO, para el efecto veamos que en el dictamen pericial el perito de la UNIVERSIDAD NACIONAL, señaló lo siguiente²³:

“.. PREGUNTADO: (01:07:44), teniendo en cuenta toda la exposición y viendo que el problema con el cual inició Edwin Fernando, fue una infección por laringitis por estreptococo, que tuvo una evolución durante tres largos días, y no tuvo respuesta médica porque murió, quiere decir que no hay nada que la ciencia médica tenga previsto, para controlar este tipo de afecciones CONTESTO: lamentablemente como le dije en una pregunta anterior, los eventos de miocarditis son eventos en los cuales el que esta jugando es el virus y la respuesta inmunológica del paciente, que es mediada genéticamente, a estos momentos las miocarditis fulminantes lamentablemente fallecen.... PREGUNTADO (01:11:28),..atendiendo a una de las respuestas ya dadas en esta audiencia, respecto del desarrollo del dictamen, se tiene claro que una de las causas principales para llegar a la miocarditis aguda, es de origen viral, y atendiendo también a lo manifestado por el doctor respecto de esa atención de la miocarditis, que solamente se trata de lo que es el sistema inmunológico del paciente con respecto a la patología o al virus que se está desarrollando en ese momento, atendiendo a ello para efectos de aclaración, eso es una condición natural de cada organismo de una persona, es decir para desarrollar la miocarditis y si esa miocarditis puede llegar a agravarse o no agravarse, si eso es cuestión natural de cada organismo de cada persona. CONTESTO: la respuesta es sí, o sea, para decirlos en términos, entendibles, cada vez que nosotros tenemos una gripa, tenemos riesgo de hacer miocarditis o tenemos riesgo de hacer encefalitis,.. tenemos muchos riesgos, evidentemente la miocarditis no es una enfermedad común, es una enfermedad rara, por eso digo que eso depende, uno del virus realmente que sea el que ataque, y de la respuesta que yo sea capaz de montar contra ese virus, todos cada vez que nos ataca un virus, cada vez que tenemos gripa nuestras defensas, son los que la eliminan lo que nos venden por televisión de droga eso no hace, quitan son los síntomas, pero uno es el que lo elimina, cuando uno monta una respuesta demasiado grande contra ese virus, ese virus las defensas pueden confundirlo con tejidos propios del organismo, y en el caso de una miocarditis piensa que ese miocardio el virus, y por eso lo ataca, eso todavía la ciencia no define como llegar a prevenirlo , como llegar a tratarlo..(negrillas por el despacho)

Adicionalmente, la conclusión de la necropsia “**miocarditis**”, confirmó que el tratamiento dado por la entidad al paciente fue acertado, pues descartó una enfermedad coronaria y por el contrario, trató la sepsis con un **antibiótico de amplio espectro**.

²³ Fl. 941 y ss Audiencia 17 de marzo de 2017.

Ahora bien, debe también señalar este Despacho que la prueba científica, señala que trasladar al Joven patrullero de la UCI, a otra entidad fuera de la ciudad e Tunja, era más riesgoso, y por ello lo más adecuado era mantenerlo *manejado en la unidad de cuidados intensivos*.

En cuanto al argumento relativo a la **Falta de atención médica especializada**, por no haber sido atendido por un **Cardiólogo**, y que al suministrar un tratamiento cardiovascular en ausencia de un cardiólogo, ocasionó Falla en el servicio médico, error en el diagnóstico, negligencia e impericia; se tiene que si bien, EDWIN FERNANDO no fue evaluado por la especialidad en cardiología, su patología fue tratada de manera acertada por el personal médico de la UCI, pues la solicitud que en su momento hizo el médico Internista de la UCI, de requerir un ecocardiograma (que solo lo puede realizar un cardiólogo), fue una prueba para establecer si el tratamiento que en ese momento se suministró (para tratar el infarto) debía o no seguirse; revisemos al respecto lo manifestado por el Dr. Velandia²⁴:

“.. a folio 409 y ss. Se observa una epicrisis, una nota que señala “inicio de metoprolol endovenoso por evolución tórpida y la no disponibilidad de toma de ecocardiograma en las próximas 18 horas de decide tramite de remisión UCI adultos cardiovascular según red de prestación de servicios” explíqueme a la audiencia el contexto de esa anotación en la epicrisis”... .. (53:53) “según esta anotación pareciera ser que al paciente no se le hizo el ecocardiograma, pero en su deposición indica que se le hizo una ecocardiograma al paciente. CONTESTO: “Responde “no, yo nunca dije que hicimos un ecocardiograma, hicimos un monitoreo hemodinámico que a diferencia del ecocardiograma no muestra la estructura anatómica simplemente muestra la funcionabilidad del corazón”... PREGUNTADO: “¿el ecocardiograma?” CONTESTO: No, el monitoreo que se le hizo que se llama el catéter de swan ganz o catéter arteria pulmonar, la ventaja del catéter de swan ganz sobre el ecocardiograma es que me muestra la funcionabilidad del corazón en el momento que yo quiera durante todo el día”..... para el paciente sería bueno hacerle el ecocardiograma, pero no definitivo en su vida, el ecocardiograma no nos iba a decir que colocáramos otro tratamiento, nos diría que podríamos quitarle un tratamiento, porque las valoraciones del catéter de swan ganz no descartaba plenamente que el paciente estuviera haciendo un shock cardiogénico, si el paciente hubiera tenido un shock cardiogénico hubiéramos visto el diagnóstico y tendríamos que remitirlo a una unidad coronaria para que posteriormente que saliera de su estado crítico, los cirujanos cardiovasculares o los hemodinamistas o el especialista correspondiente pudiera intervenirlo, pero en ese instante no había forma de que le hicieran ningún tipo de intervención, ...

Mas adelante señaló: PREGUNTADO: (57:30) “sírvese entonces a concretarle al despacho que ¿De esa nota en la epicrisis no se puede deducir de manera absoluta y contundente que engonces el estado de la persona requería indudablemente de un examen de remisión a la UCI de adultos cardiovascular sino que era una manera de descartar algún tratamiento de los que estaban haciendo?” CONTESTO: “ si señor juez la apreciación es correcta, uno como médico evalúa un paciente e inicia un tratamiento... el ecocardiograma nos descartaría un diagnóstico, nos diría no tiene infarto y entonces le quitaría todo el tratamiento de infarto que le pusimos, o nos dice, si tiene infarto, entonces le sigo el tratamiento, lo sigo manejando trato de sacarlo de su estado crítico y de esa manera posteriormente le ayudo a su corazón.... PREGUNTADO: (1:09:17) “vemos que el señor juez ha insistido mucho en el tema del ecocardiograma por el cual me permito hacerle al testigo el

²⁴ Ver folios 632 y ss audiencia del 17 de febrero de 2016.

siguiente interrogante. ¿Manifiéstele a este despacho si el ecocardiograma era el estudio más pertinente para evaluar la patología y tomar la conducta médica necesaria para el paciente?” CONTESTO: “Era un estudio que podía anexar una información que debía ser interpretada esa información en el contexto clínico, pues es diferente un ecocardiograma que tiene una función ventricular izquierda de un paciente que viene caminando en la calle y está tranquilo a un ecocardiograma que dice que tiene una disfunción ventricular izquierda a un paciente que está a punto de morir, entonces no hay un examen en el mundo que solo ese examen decida que hacer o no hacer con un paciente es la suma de una interpretación clínica y de varios exámenes los que nos llevan a tomar una decisión no hay examen estándar que no lo pueda presumir clínicamente.

(1:13:32) ... “yo quiero hacer una claridad, la patología cardiaca vascular que ustedes llaman era secundaria a un proceso infeccioso no era la patología de base; es decir, él tenía una neumonía que le lesiono el sistema circulatorio y cardiovascular, no al contrario él no tenía una patológica cardiovascular y circulatoria que le genero alteración del pulmón, no, primero él se le infecto el pulmón hizo una neumonía y esto hizo que lo demás disfuncionara, disfunciono también el hígado, disfunciono también el sistema gastrointestinal...”. PREGUNTADO: (1:18:34), “manifiéstele al despacho si el medico intensivista según el protocolo medico pueda reemplazar a cardiólogo.” CONTESTO: “la formación académica para manejar un paciente en estas condiciones es superior al del intensivista a la del cardiólogo, el cardiólogo solo maneja el corazón, el intensivista maneja: cerebro, pulmón, corazón, riñón, intestino, sistema inmunológico, maneja todo, el cardiólogo solo maneja corazón”.....”

Cabe mencionar, que lo manifestado en el testimonio por el Dr. Velandia (Médico Internista de la UCI), concuerda con lo señalado por los Especialistas de la Universidad Nacional, no se aprecia ninguna contradicción y aquí vale la pena recabar ante el interrogante de la ausencia de cardiólogo, que el DR GUILMERO PABON (perito designado por la UN), tiene su especialidad en Medicina Interna y cardiología, y en su exposición explica lo que sucedió realmente, y por qué el virus ataco el corazón de EDWIN FERNANDO, concluyendo de manera contundente que el actuar fue el correcto, así mismo que no haberse practicado el ecocardiograma o no haber sido revisado por un cardiólogo, no cambiaría el resultado final.

Es importante en este punto, antes de entrar a analizar las demás pruebas testimoniales, resolver la solicitud de tacha del testimonio del señor FERNANDO PINEDA SOLEDAD, (tío del occiso), pues en Audiencia de Pruebas del 17 de febrero de 2016²⁵, el apoderado de la POLICIA NACIONAL, señaló la tacha al testigo de acuerdo al art. 211 del C.,G.-P, por encontrarse en circunstancias que afectan su credibilidad relativas al parentesco.

El Consejo de Estado²⁶ en reciente pronunciamiento dijo sobre la tacha de testigos lo siguiente:

“...El artículo 211 del Código General del Proceso, señala:

«[...] Cualquiera de las partes podrá tachar el testimonio de las personas que se

²⁵ Ver folio 639-A y DVD

²⁶ CONSEJO DE ESTADO- SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO- SECCION SEGUNDA- SUBSECCION A- Consejero ponente: WILLIAM HERNANDEZ GOMEZ- Bogotá, D.C., doce (12) de julio de dos mil diecisiete (2017).- Radicación número: 76001-23-33-000-2013-00358-01(0106-15)



encuentren en circunstancias que afecten su credibilidad o imparcialidad, en razón de parentesco, dependencias, sentimientos o interés en relación con las partes o sus apoderados, antecedentes personales u otras causas.

La tacha deberá formularse con expresión de las razones en que se funda. El juez analizará el testimonio en el momento de fallar de acuerdo con las circunstancias de cada caso [...]

Por su parte, el Consejo de Estado²⁷ ha señalado que únicamente las partes tienen la carga de advertir al juez sobre las condiciones de los testigos y tacharlos de sospechosos, toda vez que de permitirle al juez esta facultad, se desconocerían los derechos al debido proceso, contradicción de la prueba e igualdad de las partes.

Así mismo, la citada sentencia señaló que el testimonio sospechoso no debe ser desestimado de plano por el juez, por el contrario, debe ser valorado de manera rigurosa a efectos de determinar la credibilidad que aquellas puedan infundir. De lo anterior, se colige lo siguiente:

- La tacha de testimonios debe ser realizada por cualquiera de las partes a través de solicitud motivada cuando consideren que afectan su credibilidad o independencia.
- El testimonio sospechoso no debe ser desestimado per se, por el contrario, debe analizarse de acuerdo con las reglas de la sana crítica y refutar su dicho, si es del caso, con los demás medios de pruebas...”

En el *sub examine*, el testimonio fue practicado, con la advertencia del señor juez que el solo parentesco, que ostenta el testigo con el joven fallecido, no es óbice para que de por sí prospere la tacha. Al revisar el testimonio recibido, para el despacho la Tacha No prospera en la medida en que hizo un relato conforme a lo que apreció del caso y por ello el despacho entra a analizar su testimonio junto con las demás pruebas a saber:

La parte actora aduce que existe una **Negligencia médica en la atención brindada en la Clínica de Risaralda por parte de la policía Nacional**, al respecto se acreditó al proceso, que EDWIN FERNANDO consultó en el servicio de urgencias del ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD POLICIAL RISALRADA en fecha 24 de marzo de 2010, por un dolor precordial y le diagnostican en ese momento “ *Esofagitis?*”²⁸ Y le prescriben medicamentos **ranitidina y ketoprofen**, no obstante haberse allegado copias de fórmulas médicas, de otras fechas, realmente no se acreditó a través de una prueba pertinente, como lo es la científica (historia clínica, exámenes, periciales etc.), que permitan señalar que el joven patrullero padecía con anterioridad al suceso del 24 de diciembre de 2010 alguna afección de tipo cardíaca. Se tiene que fue solicitada como prueba información a dicha seccional y no se encontró nada más adicional a lo ya descrito; luego lo manifestado por los Testigos en audiencia del 17 de febrero de 2016, ADRIANA MATILDE DAVILA HERRERA y el señor FERNANDO PINEDA SOLEDAD, frente a los síntomas de fatiga, asfixia, realmente no tienen un soporte médico, que permita inferir como se dijo antes una “enfermedad cardíaca que no haya sido tratada en Risaralda”, no se precisan fechas exactas, ni circunstancias específicas que puedan entrar a valorarse con las documentales que reposan en el proceso, lo anterior no

²⁷ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección A, sentencia de 25 de marzo de 2015, número interno 31662.

²⁸ Ver folios 794 a 800.



quiere decir que sean contrarios a la verdad o que hayan faltado a la verdad, si no que para llegar a una conclusión relativa a un diagnóstico médico de una paciente, debe existir en tal caso la prueba científica que lo soporte y aquí no la tenemos. Lo que nos arrojan estas pruebas tanto las documentales (provenientes de Risaralda), como la testimonial es que existe un indicio de que EDWIN FERNANDO PINEDA PATIÑO, con anterioridad al 24 de diciembre de 2010, consultó por un dolor precordial, así mismo que en otras oportunidades le diagnosticaron una serie de medicamentos, pero no contamos con el soporte (historia clínica) para conocer las posibles razones por las cuales fue medicado y por tanto no es posible establecer con ello la posibilidad de una negligencia en la atención médica antes del 24 de diciembre de 2010.

Además con la prueba científica, que para el despacho tiene un mayor valor probatorio (*historia clínica, necropsia, testimonio de médicos y dictamen pericial de la Universidad Nacional*), se pudo establecer con el grado de certeza, que la causa de la muerte de EDWIN FERNANDO PINEDA PATIÑO, no fue una afección cardíaca, o congénita, sino un virus, una sepsis que le atacó el corazón y produjo una falla multiorgánica.

Finalmente los demás testimonios practicados, dan fe de la conformación del grupo familiar de Edwin Fernando, sus relaciones afectivas y familiares, el dolor que causó la pérdida para su familia, así como la ayuda económica que le facilitaba a su grupo familiar.

En consecuencia de todo lo anterior, No se probó la existencia de una acción u omisión de las entidades demandadas, esto es la configuración de la Falla en el servicio. Tampoco es válido afirmar que la causa del daño (la muerte de EDWIN FERNANDO) fue el tratamiento dado por las demandadas, pues no existe prueba técnica- científica que lo demuestre. Así la actividad desplegada por el personal médico fue adecuada, oportuna y acorde a la patología que presentó EDWIN FERNANDO PINEDA PATIÑO.

3. Del Nexo de Causalidad:

Pasando al tercer elemento, la causalidad, ésta debe ser probada por la parte demandante para demostrar la responsabilidad de las entidades demandadas; luego este elemento no se presume, ni siquiera en aquellos asuntos en los cuales se utilice un régimen de responsabilidad objetiva.

En el caso objeto de estudio, los demandantes pretenden la declaración de responsabilidad de las entidades demandadas por la muerte del Joven EDWIN FERNANDO PINEDA PATIÑO, causada presuntamente por la configuración de una falla en el servicio médico; sin embargo, no se acreditó la existencia o demostración de que la causa de la muerte del joven fue producto de la falla en el servicio, es decir que constituyera la causa de dicho deceso.

Se reitera que en casos como el presente, le corresponde a la parte demandante acreditar los elementos que configuran la responsabilidad patrimonial y extracontractual de la Administración; actuación u omisión del Estado, daño antijurídico y nexo causal entre aquella y estos, extremo este que no se encuentra demostrado en el asunto *sub examine*, y por tanto el despacho no entra a abordar el estudio respecto de si constituye o no deber jurídico de la demandada resarcir los perjuicios que del daño se hubieren derivado.

En relación a la causalidad como elemento de responsabilidad del Estado, el Consejo de Estado, de manera reiterada, ha sostenido²⁹:

“Más allá de la compleja cuestión relacionada con la identificación de los elementos estructurales de la responsabilidad extracontractual del Estado a partir de la entrada en vigor de la Constitución Política de 1991³⁰ incluso frente a supuestos que han dado lugar a comprensiones –al menos en apariencia– dispares en relación con dicho extremo³¹, la Sala ha reconocido que con el propósito de dilucidar si procede, o no, declarar la responsabilidad patrimonial del Estado en cualquier supuesto concreto, resulta menester llevar a cabo tanto un análisis fáctico del proceso causal que, desde el punto de vista ontológico o meramente naturalístico, hubiere conducido a la producción del daño, como un juicio valorativo en relación con la posibilidad de imputar o de atribuir jurídicamente la responsabilidad de resarcir el perjuicio causado a la entidad demandada; dicho en otros términos, la decisión judicial que haya de adoptarse en torno a la responsabilidad extracontractual del Estado en un caso concreto debe venir precedida de un examen empírico del proceso causal que condujo a la producción del daño, de un lado y, de otro, de un juicio a la luz de los diversos títulos jurídicos de imputación aplicables, en torno a la imputabilidad jurídica de dicho daño a la entidad demandada³²”.

Colorario de lo anteriormente expuesto considera el despacho que con las pruebas allegadas al plenario no se logra acreditar la omisión, falla o error en la prestación del servicio de salud o la ausencia del mismo, al contrario las pruebas allegadas al plenario demuestran que la conducta asumida por las demandadas, fue adecuada y oportuna de acuerdo a la

²⁹ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia del 11 de febrero de 2009; C.P. Enrique Gil Botero; expediente 17.145 y del 20 de mayo del mismo año, expediente 17.405.

³⁰ Original de la cita: “Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia del treinta y uno (31) de mayo de dos mil siete (2007); C.P. Enrique Gil Botero; radicado 76001-23-25-000-1996-02792-01 (16898). En aquella oportunidad, la posición mayoritaria de la Sala se inclinó por señalar que lo procedente de cara a llevar a cabo ‘...el análisis de los elementos que constituyen la responsabilidad extracontractual del Estado’, es acometer dicha tarea ‘...a través de la siguiente estructura conceptual: 1º) daño antijurídico, 2º) hecho dañoso, 3º) causalidad, y 4º) imputación’. Empero, frente a la anotada postura, el Magistrado Enrique Gil Botero optó por aclarar el voto por entender que la comprensión que se viene de referir ‘...desconoce los postulados sobre los cuales se fundamenta la responsabilidad del Estado a partir de la Carta Política de 1991, en tanto el artículo 90 del estatuto superior estableció dos elementos de responsabilidad, los cuales son: i) el daño antijurídico y, ii) la imputación del mismo a una autoridad en sentido lato o genérico”.

³¹ Original de la cita: “De hecho, en el pronunciamiento que acaba de referenciarse –nota al pie de página anterior–, a pesar de la claridad en torno al título jurídico de imputación aplicable al asunto de marra –riesgo excepcional derivado del funcionamiento de redes eléctricas y de alto voltaje–, las súplicas de la demanda fueron desestimadas porque desde el punto de vista de la causalidad, esto es, de una perspectiva eminentemente naturalística, fenomenológica, el actor no consiguió demostrar el acaecimiento del suceso que atribuía a la entidad demandada –una sobrecarga eléctrica– y con fundamento en la cual pretendía que se atribuyese responsabilidad indemnizatoria a esta última como consecuencia del advenimiento de los daños que –esos sí– fueron cabalmente acreditados dentro del plenario. Y adviértase que en relación con el sentido de la decisión –y, por tanto, en relación con esta manera de razonar– no hizo explícito, en la también referida aclaración de voto, su desacuerdo el H. Consejero de Estado que la rubricó”.

³² Original de la cita. Cfr. ENNECCERUS, LUDWIG-LEHMANN, HEINRICH, Derecho de las obligaciones, 11ª edición, traducción de B. Pérez González y J. Alguer, n. Bosch, 1948, citado por GODENGERG, Isidoro, La relación de causalidad en la responsabilidad civil, cit., p. 10: “Por la misma senda marchan los planteamientos de Adriano de Cupis, quien no obstante considerar operativo el tema de la relación de causalidad al interior del análisis jurídico, estima existente la que denomina ‘causalidad jurídica’ misma, que a su entender no es más que un corolario del principio enunciado por nosotros, según el cual, el contenido del daño se determina con criterios autónomos. Debemos preocuparnos de ‘averiguar no ya cuándo el daño pueda decirse producido por un hecho humano según las leyes de la naturaleza, sino más bien cuándo ese daño pueda decirse jurídicamente producido por un hecho humano” (énfasis del texto original). Cfr. DE CUPIS, Adriano, El daño. Teoría general de la responsabilidad civil, traducción de la 2ª edición italiana por A. Martínez Sarrión, Bosch, Barcelona, 1975, p. 248.



sintomatología presentada por EDWIN FERNANDO PINEDA PATIÑO, contrario a lo manifestado por los demandantes. En consecuencia el daño alegado por los demandantes, consistente en la muerte del patrullero, no resulta imputable a las demandadas.

Así las cosas, como en el caso *sub-examine* no fue aportado medio probatorio alguno que demuestre la falla en el servicio médico, pues contrario a esto se pudo determinar que las demandadas, prestaron de manera oportuna, eficaz y diligente el servicio, poniendo a su alcance todos los medios necesarios para efectos de salvaguardar la vida e integridad personal del Patrullero; y en ese contexto no quedó demostrado que el daño alegado sea producto de la omisión, acción o falla de la entidad demandada en la prestación del servicio de salud, es decir la imputabilidad del hecho a la demandada y por ende tampoco se demostró el nexo de causalidad, requisitos que deben concurrir para que se predique la falla en el servicio alegada, pilares fundamentales de la Responsabilidad Estatal.

Por lo tanto, la parte actora incumplió la obligación que tiene frente a la carga de probar los elementos de la responsabilidad del Estado, es decir, la falla en el servicio por parte del personal médico.

Cabe precisar que, si bien, la carga de la prueba se constituye más en una facultad, que puede o no ser ejercida por las partes, **para que surjan ciertas situaciones procesales, el Estado exige que aquellas ejecuten determinados actos para que sus órganos obren.** A las partes se les deja en libertad de realizarlos o no en su interés, esto es, emplear a su arbitrio los medios de ataque y de defensa, en su propio beneficio.³³

El Consejo de Estado ha tratado el tema de la carga de la prueba³⁴, y de ellos se puede deducir que es claro que el cumplimiento de la facultad probatoria de las partes, posibilita, a cada una de ellas a demostrar sus afirmaciones, y al funcionario judicial luego de realizar las valoraciones pertinentes de cada medio probatorio, alcanzar la certeza material necesaria para resolver el litigio, pues resulta evidente que si aquél no cuenta con las probanzas suficientes que le permitan llegar a una convicción absoluta, no podrá tomar una decisión respecto al asunto que se le pone a consideración. Ahora bien, por tratarse la actividad probatoria de una carga procesal, no es imperativo requerir su cumplimiento y esperar hasta que la parte sobre la que recae decida si presta o no la colaboración a la administración de justicia, pues la misma carga genera consecuencias desfavorables en caso de desconocimiento u omisión, así lo señaló la H. Corte Constitucional en sentencia C -662 de 2004.

³³ Morales Molina, Hernando. *Curso de Derecho Procesal Civil. Parte General. Octava Edición.* Bogotá, 1983, p. 207.

³⁴ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Consejero Ponente Doctor Ramiro Saavedra Becerra; sentencia de 27 de abril de 1996, Radicación número 19001-23-31-000-1996-07005-01 (16079, Consejo de Estado, Sección Segunda, Subsección "A", Consejera ponente Doctora Ana Margarita Olaya Forero, sentencia de 6 de diciembre de 2006, Radicación número 05001-23-31-000-2000-04514-01(9769-05); Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Consejera ponente Doctora Myriam Guerrero de Escobar, sentencia de 22 de abril de 2009, Radicación número 85001-23-31-000-1995-00099-01 (16192).



Entonces, en el *sub-examine*, correspondía a la parte actora acreditar las afirmaciones contenidas en el libelo demandatorio, pues se reitera en el plenario no se demostró la omisión, falla o error en la prestación del servicio de salud o la ausencia del mismo, al contrario las pruebas allegadas al plenario demuestran que la conducta asumida por las demandadas, fue adecuada y oportuna de acuerdo a la sintomatología y evolución presentada por EDWIN FERNANDO.

En ese contexto, no quedó demostrado que el daño sea producto de la omisión, acción o falla de la entidad demandada en la prestación del servicio de salud, es decir la imputabilidad del hecho a la demandada y por ende tampoco se demostró el nexo de causalidad, requisitos que deben concurrir para que se predique la falla en el servicio alegada, pilares fundamentales de la Responsabilidad Estatal.

Recapitulando, al no acreditarse al plenario la falla del servicio por parte de las demandadas, tampoco existe la obligación de indemnizar perjuicios, por tanto se Negaran las pretensiones; y en cuanto a las excepciones propuestas por la E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA que denominó **INEXISTENCIA DE LA FALLA EN EL SERVICIO, INEXISTENCIA DEL NEXO DE CAUSALIDAD e INEXISTENCIA DE CAUSA LEGAL**, así como las que **PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS**, formuló tales como: **AUSENCIA DE LOS ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DE LA RESPONSABILIDAD MEDICA, e INEXISTENCIA DE LA OBLIGACION DE INDEMNIZAR A CARGO DEL HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA**, todas ellas relacionadas con el fondo del asunto y que dependen de la configuración o no de la falla en el servicio, luego al despejar que no existe la falla en mención, es consecuencia lógica que dichas excepciones deben prosperar, respecto de la demás excepciones propuestas el despacho se releva de estudio en la medida en que no prosperar las pretensiones de la demanda.

- **COSTAS Y AGENCIAS EN DERECHO:**

Atendiendo lo contemplado en el artículo 188 de la ley 1437 de 2011, y en el numeral 1 del artículo 365 del C.G.P, el despacho impone condenar en costas a la parte vencida, esto es la parte demandante, y acogiendo la sentencia del Consejo de Estado de fecha 7 de abril de 2016, NI 1291-2014, Sección 2 subsección A. Dr. WILLIAM HERNANDEZ GOMEZ, que señala el criterio objetivo de valoración para la condena en costas, de acuerdo a lo anterior, la condena se liquidará por la Secretaría de éste Despacho y seguirá el trámite contemplado en el artículo 366 y ss del C.G.P.

Tomando en consideración el artículo en comento, el juzgado fija las agencias en derecho que se hayan causado dentro del presente asunto, de conformidad al Acuerdo No. PSAA16-10554 del Consejo Superior de la Judicatura, de fecha 5 de agosto de 2016, acto administrativo que en su artículo 5º, numeral 1. PROCESOS DECLARATIVOS EN GENERAL,



fija como tarifa por la cuantía, cuando en la demanda se formulen pretensiones de contenido pecuniario, de menor cuantía, entre el 4% y el 10% de lo pedido. En ese sentido, se fija como agencias en derecho el 4% de la estimación de la cuantía indicada en el escrito de la demanda fue de \$ 8.687.801 (esto es, de los perjuicios materiales se toma la pretensión mayor), según consta a folio 337 y ss, en atención a la duración del proceso, la naturaleza y calidad de la gestión desarrollada, y que corresponde a la suma de **TRESCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS DOCE PESOS (\$347.512.04)** a favor de las entidades demandadas, **POLICIA NACIONAL, ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA, y la PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS como llamada en garantía,** suma que será repartida en proporciones iguales.

- **Otras determinaciones:**

Finalmente se advierte memorial suscrito por el apoderado de la parte demandante, a folio 988, solicita al *conminar* a la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA, para que en su calidad de demandado, cancele los dineros que por concepto de pago de honorarios de perito, está obligado a consignarle a la parte accionante según auto debidamente ejecutoriado.

Para resolver, le asiste razón al apoderado de la parte demandante, respecto de que en auto proferido en audiencia de fecha 17 de marzo de 2017, como el dictamen pericial se decretó a cargo de ambas partes, demandante y Hospital San Rafael de Tunja, y atendiendo a que la parte actora fue quien inicialmente pago por dicho concepto la suma de **\$13.788.000** (fl. 961), en consecuencia la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA, debía reintegrar a la parte demandante el 50% de dicha suma; ahora bien, según la orden dada en la audiencia que ordena el pago, el término concedido para realizarlo correría una vez se radicara la solicitud con la copia del recibo de-pago y los datos de consignación; revisado el expediente no se acreditó al despacho la radicación ante la ESE HOSPITAL SNA RAFAEL DE TUNJA de la anterior documentación; por lo anterior la solicitud de Conminar para el pago se Negará.

Finalmente, el despacho encuentra que al resolver respecto de las costas, y condenar en este caso a la parte demandante a su pago a favor de las demandadas, debe decirse que en el evento de quedar ejecutoriada esta decisión y por consiguiente en firme la condena en costas, el valor de ese dictamen pericial deberá ser asumido en su totalidad por la parte actora.

VII. CONCLUSIÓN

El Despacho Negará las pretensiones de la demanda, toda vez que en el caso *sub-examine* no fue aportado medio probatorio que demuestre la falla en el servicio médico, pues contrario a esto, se pudo determinar con el material probatorio aportado que se constituyó en la prueba científica, que las entidades demandadas, prestaron de manera oportuna y



eficaz el servicio actuando diligentemente, y poniendo a su alcance todos los medios necesarios para efectos de salvaguardar la vida e integridad de EDWIN FERNANDO PINEDA PATIÑO; por lo que debe recabar el despacho en que el dictamen pericial rendido por los especialistas de la UNIVERSIDAD NACIONAL, en su contradicción no deja la más mínima duda de que la causa de la muerte del paciente fue la ***Miocarditis causada por sepsis***, siendo esto tan cierto, que no fue objeto de contradicción y por el contrario se declaró en firme el dictamen en mención agotando el procedimiento legal; prueba que fue determinante para concluir que la muerte del joven patrullero no fue producto de una falla en el servicio médico.

En ese contexto no quedó demostrado que el daño sea producto de la omisión, acción o falla de las demandadas en la prestación del servicio de salud, es decir la imputabilidad del hecho a las demandadas y por ende tampoco se demostró el nexo de causalidad, requisitos que deben concurrir para que se predique la falla en el servicio alegada, pilares fundamentales de la Responsabilidad Estatal. Por lo tanto la parte actora incumplió la obligación que tiene frente a la carga de probar los elementos de la responsabilidad del Estado, es decir, la falla en el servicio por parte del personal médico.

VIII. DECISIÓN

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

RESUELVE

PRIMERO: DECLARAR PROBADAS las excepciones propuestas por la E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA que denominó **INEXISTENCIA DE LA FALLA EN EL SERVICIO, INEXISTENCIA DEL NEXO DE CAUSALIDAD e INEXISTENCIA DE CAUSA LEGAL**, y las formuladas por la PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS, denominadas **AUSENCIA DE LOS ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DE LA RESPONSABILIDAD MEDICA, e INEXISTENCIA DE LA OBLIGACION DE INDEMNIZAR A CARGO DEL HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA**, conforme se expuso en la parte motiva de esta providencia.

SEGUNDO. NEGAR las pretensiones de la demanda, por las razones expuestas en la parte motiva de la presente providencia.

TERCERO: Condenar en costas a la parte **DEMANDANTE**. Por secretaría efectúese la respectiva liquidación. Como agencias en derecho Fíjese la suma de **TRESCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS DOCE PESOS (\$347.512.04)** a favor de las entidades



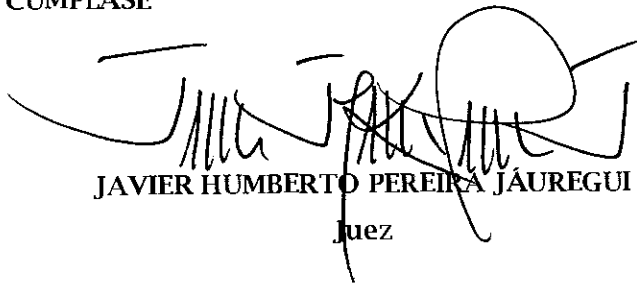
demandadas, POLICIA NACIONAL, ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA, y la PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS como llamada en garantía, suma que será repartida en proporciones iguales.

CUARTO: NEGAR la solicitud obrante a folio 988, conforme se expuso en la parte motiva.

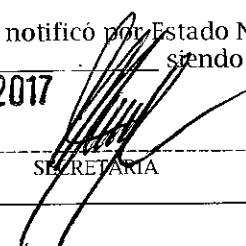
QUINTO: Notifíquese esta providencia en los términos del artículo 203 del CPACA en concordancia con lo dispuesto en el artículo 295 del Código General del Proceso.

SEXTO: Una vez en firme esta providencia, archívese el expediente, dejando previamente las anotaciones y constancias de rigor. Si existe excedente de gastos procesales devuélvase al interesado. Realícese las constancias de rigor en el sistema de información judicial Siglo XXI.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE



JAVIER HUMBERTO PEREIRA JÁUREGUI
Juez

| | |
|---|---|
| JUZGADO CATORCE ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO JUDICIAL DE TUNJA | |
| El fallo anterior se notificó por Estado N° <u>62</u> de HOY <u>19 DIC 2017</u> siendo las 8:00 A.M. |  |
| SECRETARIA | |