

Señores:

CONSEJO DE ESTADO

Bogotá D.C.

Ref.: Acción de tutela.

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal de lo Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado Quinto Administrativo de Pereira

Cordial saludo,

ANDRES MAURICIO AGUDELO GOMEZ, mayor y vecino de Pereira / Risaralda, identificado con la cedula de ciudadanía No. 1.088.256.490 de Pereira, portador de la tarjeta profesional No. 203.863 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en calidad de apoderado judicial de la señora María Eugenia Giraldo Toro, identificada con cedula de No. 42.101.736, Wilson Andres Rave Giraldo, identificado con cédula No. 1.093.230.679, Luisa Fernanda Quintero Giraldo, identificada con cedula No. 1.088.270.125, Francisco Javier Toro Buitrago, identificado con cedula No. 10.007.770, Blanca Maryuri Villegas Arias, identificada con cedula No. 1.088.247.428, y en nombre de su hija Karen Maryuri Arias Villegas, Luis Fernando Giraldo Toro, identificado con cedula No. 10.016.855, por medio del presente escrito me permito presentar Acción de Tutela contra el **Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda** Sala de Decisión conformada por los Magistrados Dr. Leonardo Rodríguez Arango, Dr. Fernando Alberto Álvarez Beltrán, y Dra. Dufay Carvajal Castañeda, así como en contra del **Juzgado Quinto Administrativo de Pereira** en decisión proferida por su entonces Juez Dr. Julián Andres Velasco Alban, con el fin de que se protejan los derechos constitucionales del debido proceso, la igualdad y acceso a la administración de justicia contenidos en la Constitución Política de Colombia, que se encuentran siendo vulnerados con ocasión de los fallos de primera y de segunda instancia dictados el día 12 de febrero de 2019 y el día 18 de septiembre de 2020, dentro del proceso de Reparación Directa radicado bajo el No. 66001-33-33-751-2015-00462-01 (L-0257-2019), mediante el cual se negaron las súplicas de la demanda impetrada, y en su lugar la entidad accionada procedió a negar las suplicas de la demanda.

I. LEGITIMACION EN LA CAUSA POR ACTIVA

El artículo 86 de la Carta Política, es del siguiente contenido:

*“**ARTICULO 86.** Toda persona tendrá acción de tutela para reclamar ante los jueces, en todo momento y lugar, mediante un procedimiento preferente y sumario, por sí misma o por quien actúe a su nombre, la protección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales, cuando quiera que éstos resulten vulnerados o amenazados por la acción o la omisión de cualquier autoridad pública.*

La protección consistirá en una orden para que aquel respecto de quien se solicita la tutela, actúe o se abstenga de hacerlo. El fallo, que será de inmediato cumplimiento, podrá impugnarse ante el juez competente y, en todo caso, éste lo remitirá a la Corte Constitucional para su eventual revisión.

Esta acción solo procederá cuando el afectado no disponga de otro medio de defensa judicial, salvo que aquella se utilice como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable.

En ningún caso podrán transcurrir más de diez días entre la solicitud de tutela y su resolución.

La ley establecerá los casos en los que la acción de tutela procede contra particulares encargados de la prestación de un servicio público o cuya conducta afecte grave y directamente el interés colectivo, o respecto de quienes el solicitante se halle en estado de subordinación o indefensión.”

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

Por su parte el artículo 10 del Decreto 2591 de 1991, expresa:

“Artículo 10. Legitimidad e interés. La acción de tutela podrá ser ejercida, en todo momento y lugar, por cualquiera persona vulnerada o amenazada en uno de sus derechos fundamentales, quien actuará por sí misma o a través de representante. Los poderes se presumirán auténticos.

También se pueden agenciar derechos ajenos cuando el titular de los mismos no esté en condiciones de promover su propia defensa. Cuando tal circunstancia ocurra, deberá manifestarse en la solicitud.

También podrán ejercerla el Defensor del Pueblo y los personeros municipales”

Tales disposiciones, reflejan el querer del constituyente respecto de la legitimidad para accionar a través de mecanismo de tutela, debiéndose concluir en que tal posibilidad procesal, está fijada para **“toda persona”** que estime necesario reclamar ante los Jueces de la Republica la protección de sus derechos constitucionales fundamentales, en virtud, de la amenaza o violación, por la acción u omisión de cualquier autoridad.

Dentro del concepto de autoridad, indudablemente, están comprendidos los Jueces de la Republica de todas las jerarquías; así entonces las actuaciones ejercidas en cumplimiento de la función jurisdiccional, bajo ciertas condiciones, pueden ser controladas por vía de acción de tutela.

II. PROCEDENCIA EXCEPCIONAL DE LA ACCION DE TUTELA CONTRA PROVIDENCIAS JUDICIALES

La posibilidad jurídica de formular acción de tutela contra providencias judiciales requiere de unos requisitos especiales definidos por la jurisprudencia.

1. Fundamento Constitucional.

El artículo 86 de la Constitución Política de 1991 señala, que la acción de tutela procede contra toda *“acción o la omisión de cualquier autoridad pública”*. Las autoridades judiciales son autoridades públicas que en el ejercicio de sus funciones deben ajustarse a la Constitución y la Ley, y garantizar la efectividad de los principios, deberes y derechos fundamentales reconocidos en la Constitución Política. Por esta razón, la Corte Constitucional ha admitido la procedencia de la acción de tutela contra providencias judiciales que infringen los derechos fundamentales de las partes, en particular el derecho al debido proceso, y que se apartan notablemente de los mandatos constitucionales. Sin embargo, la Corte ha precisado que la procedencia de la acción de tutela en estos casos debe ser excepcional, en atención a los principios de cosa juzgada, autonomía e independencia judicial, seguridad jurídica, y a la naturaleza subsidiaria de la acción de tutela.

En desarrollo del artículo 86 constitucional, el Decreto 2591 de 1991 previó la posibilidad de vulneración de derechos fundamentales por las autoridades judiciales en sus decisiones. La Corte Constitucional, mediante la sentencia C-543 de 1992, declaró inexecutable los artículos 11, 12, y 40 del Decreto, los cuales se referían a la caducidad y la competencia especial de la tutela contra providencias judiciales. En aquel momento, la Corte consideró que la acción de tutela no había sido concebida para impugnar decisiones judiciales y que permitir su ejercicio contra tales providencias, vulneraría los principios de cosa juzgada y seguridad jurídica, además de transgredir la autonomía e independencia judicial.

No obstante, la declaración de inexecutable de los artículos 11, 12 y 40 del Decreto 2591 de 1991, la Corte mantuvo abierta la posibilidad de interponer acciones de tutela contra

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

providencias judiciales cuando estas constituyan manifiestas *vías de hecho*. Así, a partir de 1992, la Corte comenzó a admitir la procedencia de la tutela contra decisiones judiciales que constituyen vías de hecho, es decir, decisiones manifiestamente arbitrarias porque, por ejemplo, (i) se basan en normas evidentemente inaplicables (defecto sustantivo), (ii) son proferidas con carencia absoluta de competencia (defecto orgánico), (iii) se basan en una valoración arbitraria de las pruebas (defecto factico), o (iv) fueron proferidas en un trámite que se apartó ostensiblemente del procedimiento fijado por la normativa vigente (defecto procedimental). Con el paso del tiempo, el Alto Tribunal en su jurisprudencia fue identificando otros defectos constitutivos de vías de hecho.

Es de precisar, que la doctrina de las “vías de hecho” fue replanteada en la sentencia C-590 de 2005. En este fallo, la Corte señaló que el desarrollo jurisprudencial ha conducido a diferenciar dos tipos de requisitos de procedencia de la acción de tutela contra providencias judiciales: (i) unos requisitos generales de naturaleza estrictamente procesal, y (ii), unos requisitos específicos de naturaleza sustantiva que recogen los defectos que antes eran denominados vías de hecho. Veamos:

Requisitos generales de procedencia excepcional de la acción de tutela contra providencias judiciales.

Los requisitos generales de procedencia señalados en la sentencia C-590 de 2005, son condiciones de procedimiento que buscan hacer compatible la procedencia de la acción de tutela contra providencias judiciales, con la eficacia de principios de estirpe constitucional y legal como la seguridad jurídica, la cosa juzgada, la independencia y autonomía del juez, y la distribución jerárquica de competencias al interior de la rama judicial. Estos requisitos son los siguientes y serán argumentados para el caso concreto:

a. “Que la cuestión que se discuta resulte de evidente relevancia constitucional.”

Teniendo en cuenta que los derechos que se estiman vulnerados con la decisión del Tribunal Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira, corresponden al debido proceso, igualdad y del acceso a la administración de justicia, derechos todos de estirpe constitucional.

Así como también se encuentra que en el presente caso existe una controversia referente a un desconocimiento de las sentencias del Consejo de Estado como órgano de cierre en lo contencioso administrativo, las cuales producen unos efectos vinculantes frente a: i) la administración en procura de que, por esta, se resuelvan asuntos de manera similar, cuando se acredite por los peticionarios encontrarse bajo los mismo supuestos facticos y jurídicos en ellas analizados, y, ii) los jueces de menor jerarquía que deben acoger los enfoques fijados por el órgano de cierre para decidir litigios con similitud jurídico-fáctica.

Teniendo en cuenta que el propósito de la alta corte y sus decisiones o precedente jurisprudencial, buscan generar “...el deber de las autoridades administrativas y **judiciales de hacer una interpretación uniforme y coherente de las normas jurídicas y de garantizar el derecho a la igualdad y la seguridad jurídica es un mandato general**, directo y de aplicación inmediata que se debe cumplir en cualquier actuación administrativa.”, cualquier infracción frente a derechos fundamentales que se suscite con la expedición de una providencia judicial tiene relevancia constitucional.

b. “Que se hayan agotado todos los medios –ordinarios y extraordinarios- de defensa judicial al alcance de la persona afectada, salvo que se trate de evitar la consumación de un perjuicio ius-fundamental irremediable.”

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

En el presente caso, se satisface el requisito de subsidiaridad, teniendo en cuenta que el acto judicial que transgrede los derechos fundamentales a la demandante corresponde a una sentencia de segunda instancia frente a la que no procede ningún otro mecanismo o recurso ordinario.

c. “que se cumpla el requisito de la inmediatez.”

En virtud de que, entre el 18 de septiembre de 2020, fecha de expedición de la sentencia de segunda instancia que materializa en últimas la violación de los derechos fundamentales, y la fecha de presentación de la presente acción de tutela ha transcurrido un lapso corto, menor a seis meses, lapso estimado por la jurisprudencia como razonable para intentar el mecanismo de tutela contra providencias judiciales, lo que satisface a plenitud el principio de inmediatez.

d. “Cuando se trate de una irregularidad procesal, debe quedar claro que la misma tiene un efecto decisivo o determinante en la sentencia que se impugna y que afecta los derechos fundamentales de la parte actora.”

Este requisito será desarrollado en el ítem correspondiente, haciendo el análisis probatorio respectivo y argumentado en el recurso de alzada ordinario, así como en las sentencias del Consejo de Estado que debían ser aplicables en el presente caso, hechos y situaciones no atendidos por los organismos judiciales accionados.

e. “Que la parte actora identifique de manera razonable tanto los hechos que generaron la vulneración como los derechos vulnerados y que hubiere alegado tal vulneración en el proceso judicial siempre que esto hubiere sido posible.”

Esta exigencia será desarrollada dentro de la argumentación que se plasmará al efectuar pronunciamiento para satisfacer el requisito especial relativo al “*defecto fáctico, material y sustantivo*” sobre el que, de manera especial, se fundaran las pretensiones de la presente acción.

f. “Que no se trate de sentencias de tutela.”

Evidentemente la presente la acción de tutela, no se interpone contra una sentencia de tutela, sino contra unas providencias judiciales emitidas en desarrollo de la función de administrar justicia.

Requisitos especiales de procedibilidad excepcional de la acción de tutela contra providencias judiciales

En la sentencia C-590 de 2005, a partir de la jurisprudencia sobre las vías de hecho, la Corte viabilizó la procedencia de tutela contra providencias judicial, de manera excepcional, cumpliendo alguno de los siguientes requisitos:

- a. **“Defecto orgánico.**
- b. **Defecto procedimental absoluto.**
- c. **Defecto factico.**
- d. **Defecto material o sustantivo.**
- e. **Error inducido.**
- f. **Decisión judicial no motivada.**
- g. **Desconocimiento del precedente.**
- h. **Violación directa de la Constitución.”**

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

El Consejo de Estado, no obstante haberse opuesto al evento de controvertir decisiones judiciales mediante la acción de tutela, modifico tal posición en la sentencia del 31 de julio de 2012, Expediente 11001-03-15-000-2009-01328-01. C.P. María Elizabeth García González y acepto tal posibilidad, siempre y cuando se satisfagan los mismos requisitos definidos por la Corte Constitucional sobre el tema.

III. HECHO GENERADOR DE LA ACCION DE TUTELA

El hecho generador de la violación de los derechos fundamentales esta dado en la expedición de las Sentencias de primera y segunda instancia calendadas del día 12 de febrero de 2019 y el día 18 de septiembre de 2020, proferidas dentro del Proceso de Reparación Directa presentada por la señora María Eugenia Giraldo Toro en contra de la ESE Salud Pereira, radicado bajo el No. 66001-33-33-751-2015-00462-01 (L-0257-2019) proferidas por el **Tribunal Administrativo de Risaralda**, Sala de Decisión integrada por los Magistrados Dr. Leonardo Rodríguez Arango, Dr. Fernando Alberto Álvarez Beltrán, y Dra. Dufay Carvajal Castañeda, así como en primera instancia proferida por el **Juzgado Quinto Administrativo de Pereira** en decisión proferida por su entonces Juez Dr. Julián Andres Velasco Alban.

IV. HECHOS

PRIMERO: Para el año 2015, la señora María Eugenia Giraldo Toro y Otros por intermedio de apoderado judicial, presentó demanda contenciosa en ejercicio del Medio de Control de Reparación Directa de primera instancia contra la **ESE SALUD PEREIRA**; demanda radicada, en virtud del reparto, en el Juzgado Quinto Administrativo de Pereira, radicada con el No. 66001-33-33-751-2015-00462-00.

SEGUNDO: Con fundamento en los hechos ocurridos, se la declaratoria de responsabilidad administrativa y patrimonial de la demandada, con ocasión de las fallas en el servicio médico asistencial por error en el diagnóstico, para los días 05 y 06 de marzo de 2014, que desencadenaron en últimas en el fallecimiento de la señora Mercedes Toro de Gomez en el Hospital Universitario San Jorge de Pereira para el 23 de marzo de 2014.

TERCERO: El **JUZGADO QUINTO ADMINISTRATIVO DE PEREIRA**, profiere sentencia de primera instancia para el día 12 de febrero de 2019 en la cual niega las suplicas de la demanda, considerando lo siguiente:

De conformidad con dicha pauta jurisprudencial, al médico no se le puede imponer el deber de acertar en el diagnóstico, pues puede ser que pese a utilizar todos los esfuerzos y recursos a su alcance no logre establecerlo porque se trata de casos dudosos, porque los síntomas no son específicos de una patología o porque son indicativos de varias de ellas.

Así mismo, se tiene que corresponde a la parte actora acreditar que el servicio no se prestó adecuadamente, entre otros motivos, porque el médico omitió interrogar al paciente o acompañante sobre los síntomas, no se valoró físicamente y de manera completa al enfermo, omitió utilizar los recursos técnicos a su alcance para confirmar o descartar el diagnóstico o incurrió en un error inexcusable, cuyo análisis para el juez debe ser cuidadoso, tanto que lo llevó a ubicarse en la situación en que se encontraba el médico al momento de realizar el diagnóstico censurado.

En ese orden de ideas, hay lugar a predicar error de diagnóstico como falla del servicio médico-asistencial, cuando el profesional tratante incurre en un error de juicio, por ignorar o interpretar erradamente la sintomatología que registra el paciente, que se observe como una conducta inexcusable para el galeno.

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

En el sub examine la historia clínica de la paciente da cuenta que ésta consultó al servicio refiriendo el día **5-Mar-2014 a la 03:55 pm** que desde el día anterior presentaba **MAREO CON LOS MOVIMIENTOS DE LA CABEZA, SI SE QUEDA QUIETA: NO; CONCOMITANTE NAUSEAS Y VOMITO DE ASPECTO BILIOSO. ES DIABETICA E HIPERTENSA EN TTO, TOMA METFORMINA...TIENE SED Y ORINA POCO, PERO NO REFIERE ALTERACIONES EN LA ORINA**

En dicha consulta se relacionaron como antecedentes patológicos los de hipertensión arterial y diabetes mellitus, la revisión por sistemas registró normal (salvo el genito-urinario que señala no haber sido revisado), se registraron resultados de examen físico (frecuencia cardiaca, respiratoria, temperatura, presión arterial, etc), le suministraron medicamentos y se dio orden médica, le realizaron glucometría, se dejó consignada como impresión diagnóstica **vértigo paroxístico benigno** y se dio salida el mismo día con fórmula médica.

De igual forma, el 6 de marzo de 2014, día siguiente a la primera consulta estudiada, la paciente ingresó a la ESE Salud Pereira relacionándose: **"ACOMPANANTE HIJA, REFIERE AL PARECER CUADRO CLÍNICO DE 2 DIAS CON MAREO, CEFALEA, INCAPACIDAD PARA SOSTENERSE, CONSULTO EL DIA DE AYER FUE DX COMO VERTIGO, HOY CONSULTA NUEVAMENTE PORQUE NO RESPONDE AL LLAMADO"**, donde se estableció como diagnóstico relacionado a la consulta el de **OTRAS ENFERMEDADES CEREBRO VASCULARES ESPECIFICADAS**, y se dispuso su remisión como urgencia vital, siendo ingresada en la ESE Hospital San Jorge de Pereira donde permaneció hasta el día de su fallecimiento, 23 de marzo de 2014, siendo diagnosticada con accidente vascular encefálico agudo.

Para los demandantes, la impresión diagnóstica elaborada el 5 de marzo de 2014 por el galeno de turno no se adecuó a la realidad, aduciendo que la patología presentada por la paciente para esa fecha obedecía más a un vértigo de origen central.

Al respecto, huelga señalar que el Despacho no encuentra con posterioridad a la impresión diagnóstica del 5 de marzo de 2014 un diagnóstico realizado a la paciente, bien en la ESE demandada o en alguna otra Institución, que dé cuenta que en realidad ella padecía de un vértigo de origen central, pues lo cierto es que después del 5 de marzo de 2014 la señora Mercedes Toro fue diagnosticada con enfermedad cerebro vascular especificadas (ocasión en la cual se relacionó como síntoma adicional la cefalea), razón por la cual no es posible aducir con la certeza requerida que aquella impresión diagnóstica, para esa fecha (5 de marzo de 2014), resultare errada al no haber dado cuenta del mencionado vértigo de origen central.

Aunado a ello; encuentra el Juzgado que el dictamen pericial, obrante a folio 117 y ss del C.2, señala de manera expresa que de los datos de la historia clínica no es posible determinar si la paciente padecía vértigo paroxístico benigno o uno de origen central, pues lo descrito puede corresponder a ambos tipos de vértigo, por lo que indica que no es posible establecer si el diagnóstico inicial fue correcto o no.

Así mismo, dicha experticia indica que con lo consignado en la historia clínica, el cuadro presentado por la paciente podía corresponder a un vértigo periférico, dado que el 90% de los cuadros de vértigo corresponde a ese tipo, para cuyos síntomas el manejo dado con líquidos y dimenhidrato puede llegar a considerarse apropiado, reiterando en la contradicción, que de haber sido correcto el diagnóstico presuntivo (vértigo paroxístico), el manejo fue el adecuado y completo.

De lo anterior, es posible entender que los síntomas aducidos en la valoración del 5 de marzo de 2014, bien podían corresponder a ambos tipos de vértigo y por tanto no eran específicos de un vértigo de origen central, de lo cual y en atención a lo señalado en la pauta jurisprudencial antes resaltada, no es posible predicar la presencia de un error de diagnóstico.

Ahora bien, no se desconoce que en la pericia, más aún en la contradicción de la misma, se señala que en la historia clínica no se registra un examen físico completo de la paciente ni se diligencia de manera completa en lo atinente a la revisión por sistemas -sin dejar de advertir en todo caso que la perito plantea la opción según la cual lo consignado al respecto pudo obedecer a lo contestado por la paciente en el interrogatorio-, como circunstancias que le impiden determinar si el diagnóstico inicial fue el correcto. Sin embargo, para esta judicatura se encuentra acreditada la realización del examen físico y revisión por sistemas, cuyos resultados corresponden a lo consignado en la historia clínica de la paciente, como quiera que en el testimonio rendido por el galeno Henry Hurtado Ospina, el cual no fue tachado por la parte demandante, manifestó que realizó dicho examen físico haciendo énfasis en los sistemas relacionados con el motivo de la consulta que era mareo, especificando que hizo revisión de ojos (entre ello lo atinente al nistagmus), oídos (interrogando sobre tinitus) y del sistema neurológico pero no encontró hallazgos positivos que pudiese consignar en la historia clínica, sin dejar de relatar que realizó pruebas a la paciente para determinar si ella en realidad presentaba ataxia, las que arrojaron resultados negativos, afirmaciones que adquieren valor por cuanto no obra medio probatorio alguno en sentido contrario.

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

Aunado a ello y reforzando lo considerado por el Despacho al respecto, se tiene que gran parte de los galenos que rindieron testimonio al interior del proceso pusieron de presente que dentro de la historia clínica es menester relacionar los hallazgos positivos o relevantes, para lo cual basta remitirse a las declaraciones realizadas en ese sentido por los médicos Diego Andrés Osorno Chica, Jaime Antonio Romero Díaz, José Fernando Gómez González, David Ricardo Echeverry Piedrahita y Henry Hurtado Ospina, circunstancia que incluso se puede inferir de lo manifestado por la especialista en medicina interna en la diligencia de contradicción del dictamen, quien frente a ello verbalizó: *"La revisión por sistemas en los diferentes sistemas que se interroga aparece como normal, puede ser que interrogó el doctor y que el paciente respondió que estaba bien y que no presentaba ningún síntoma de ese órgano"*.

No desconoce el Despacho que la Ley 23 de 1981 establece que la historia clínica se erige en un registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente, la cual debe ser diligenciada con claridad³⁶. Así mismo, que la Resolución 1995 de 1999 establece como características de la historia clínica las de integralidad, secuencialidad, racionalidad científica, disponibilidad y oportunidad, imponiendo además la obligatoriedad de su registro a cargo de los profesionales que intervienen en la atención del paciente, por lo cual deben registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones desarrolladas³⁷. Sin embargo, tales postulados normativos no establecen de manera clara y expresa la obligación de registrar todos los hallazgos, tanto positivos como negativos, de lo cual se pueda inferir un incumplimiento ante la falta de registros de naturaleza negativa.

(....)

Así las cosas, todo lo expuesto permite al Despacho estimar que en el sub judice no se logró acreditar la configuración del "error de diagnóstico" predicado por la parte actora, toda vez que la sintomatología presentada por la paciente el 5 de marzo de 2014, la realización de examen físico y revisión por sistemas elaborada por el galeno, el manejo clínico dado y la utilización de los medios advertidos por el médico, no permiten predicar la existencia de un error inexcusable en tal labor o cometido, más aún cuando no se logró demostrar que en efecto la paciente padeciera de vértigo de origen central cuando ingresó al servicio de urgencias de la ESE Salud Pereira el referido 5 de marzo de 2014, por lo cual no se evidencia la existencia de una falla por parte de la entidad demandada que hubiere ocasionado o contribuido en la muerte de la paciente, o que le hubiese restado chance u oportunidad en la posibilidad de sobrevida.

En ese orden de ideas, encontrándose el examen de responsabilidad administrativa en el *sub lite* dentro del régimen subjetivo de la falla del servicio, y habiéndose evidenciado con anterioridad que la misma no se encuentra acreditada con el acervo probatorio allegado al plenario, se estima que el análisis efectuado hasta esta altura permite concluir que las súplicas de la demanda no están llamadas a prosperar y por tanto se releva el Despacho de analizar la responsabilidad patrimonial de la Previsora S.A. compañía de seguros, en relación con el contrato de seguro con base en el cual ha sido llamada en garantía por la entidad demandada, por lo cual resulta irrelevante realizar un pronunciamiento frente a la excepción denominada *"sujeción a las condiciones particulares y generales del contrato de seguro suscrito"*, toda vez que la misma se encamina a desestimar su asunción o participación en el pago de las condenas, y atendiendo que aquí no se ha encontrado verificada la imputación de responsabilidad aducida en el libelo introductorio, se toma innecesario acudir a su estudio.

CUARTO: La anterior decisión fue objeto de recurso de apelación por parte de los demandantes, quienes en su recurso de alzada efectuaron todos y cada uno de los reparos contra la decisión de primera instancia.

QUINTO: Ante estas circunstancias el **TRIBUNAL DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO DE RISARALDA – SALA DE DECISION**, mediante providencia de 18 de septiembre de 2020, teniendo como Magistrado ponente al Dr. Leonardo Rodríguez Arango, consideró:

"Del referente jurisprudencial y doctrinal es claro entonces que el diagnóstico es el elemento definitivo del acto médico, por cuanto es a partir de sus resultados que se elabora el tratamiento y la actividad posterior, y es por ello que del diagnóstico depende el correcto tratamiento o ejercicio terapéutico a seguir, el cual requiere que sea el más acertado posible.

Por lo tanto, en los eventos en los que se discuten la responsabilidad de la administración por daños derivados de un error en el diagnóstico, deberá estar acreditado que el servicio médico no se prestó adecuadamente porque se omitió interrogar al paciente o a su acompañante sobre la evolución de los síntomas que lo aquejaban; no se sometió al paciente a una valoración física completa y seria; se omitió utilizar oportunamente todos los recursos técnicos a su alcance para confirmar o descartar un determinado diagnóstico; dejó de hacerle el seguimiento que corresponde

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

a la evolución de la enfermedad, o simplemente, incurrió en un error inexcusable para un profesional de su especialidad, y en general todas aquellas actuaciones que demuestren que el servicio fue prestado de manera diferente a como lo aconsejaba la lex artis.

En el caso concreto, lo primero que debe indicar la Sala es que la parte actora no logró acreditar que la ocurrencia del accidente cerebro-vascular sufrido por la señora Mercedes Toro de Gómez el 6 de marzo de 2014 y posterior muerte en las instalaciones del E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira fuera causado por un vértigo de carácter central, pues su hipótesis aparece registrada por la perito y los testimonios rendidos por especialistas en el tema, como una causal poco común en este tipo enfermedades, máxime que no se practicó necropsia ni se allegó una prueba técnica o científica que así lo determinara.

Ahora bien, una vez analizada la información contenida en el material probatorio, se encuentra que la médica internista que rindió la experticia dentro del presente asunto, sostuvo que en la historia clínica no se describen síntomas como nistagmus, intensidad de la ataxia, ni la presencia del tinitus que es un síntoma que permite inclinar el diagnóstico hacia el vértigo periférico, y por ende no pudo determinar si la conducta adoptada por el médico tratante el 5 de marzo de 2014 fue la indicada para la patología que presentaba la señora Toro de Gómez, no obstante, asevera la especialista que la paciente arribó al servicio de urgencia hemodinámica estable y solamente tenía una cifras de la tensión arterial ligeramente elevada, que no hacían sospechar la ocurrencia de un ACV, igualmente que la revisión por sistemas aparecía normal, y pudo ser que el personal médico de la entidad demandada interrogó y que la paciente respondió que se encontraba bien y que no presentaba ninguna síntoma en ese órgano. Aspectos dudosos que fueron aclarados con la declaración bajo juramento constitucional y legal del médico Henry Hurtado Ospina, quien fue enfático en referir que dicha revisión se efectuó de manera exhaustiva no encontrando signos o síntomas de alarmas que inclinarán a un diagnóstico de vértigo de origen central, ni mucho menos la presencia de un accidente cerebrovascular de la paciente, bajo el entendido que solamente se describen en la revisión por sistemas aquellos hallazgos positivos, los cuales fueron consignados en la historia clínica de la fallecida.

A juicio del Tribunal y a diferencia de lo aseverado por los recurrentes, el comportamiento adoptado por el médico de atención de urgencia de la entidad demandada, al plasmar en la historia clínica en la revisión por sistemas únicamente aquellos hallazgos positivos, no repercute como un diligenciamiento erróneo, puesto que es el normal funcionamiento y el esquema que utilizan los médicos tratantes al examinar los pacientes, y que fue ratificado por los galenos que atendieron a la paciente cuando fue remitida a la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira, al advertir en sus deponencias que la anamnesis que se le realiza a una paciente se determinan los hallazgos positivos, por consiguiente, lo que no se disponga allí se debe entender como hallazgo de carácter negativo, tal y como ocurrió en el presente asunto.

La Sala no desconoce que la señora Mercedes Toro de Gómez presentaba síntomas indicativos de la presencia de un vértigo, conforme a lo establecido en el informe pericial. Sin embargo, ello no es suficiente para afirmar que el médico encargado de la atención de la paciente incurriera en un error de valoración inexcusable, porque no existe evidencia científica que permita afirmar que la sintomatología presentaba por esta, era exclusiva de un vértigo de origen central y en consecuencia de un accidente cerebro-vascular, especialmente si a la paciente se le auscultaron todo tipo de síntomas para descartar su presencia, arrojando resultados negativos.

Lo anterior, por cuanto no existe evidencia cierta e incontrovertible que indique que la ocurrencia del accidente cerebro - vascular que padeció la señora Mercedes Toro de Gómez y que la causó la muerte, fuera por un diagnóstico no oportuno del vértigo de origen central; además, quedó demostrado que la entidad demandada no dejó de utilizar todos los recursos humanos, técnicos y científicos disponibles para identificar la patología.

Si bien la parte actora conforme al informe pericial rendido pretende que la falta de la anotación en la historia clínica sobre la sintomatología referida de manera negativa por la paciente era una alteración de la historia y una omisión, esto no es suficiente para acreditar la supuesta falla alegada, por cuanto se reitera que nada en el acervo probatorio allegado al expediente permite concluir que, desde el ingreso de la paciente al servicio de urgencia el 5 de marzo de 2014, y luego al momento en que se presentó la agravación súbita de los síntomas, la atención haya sido descuidada y que el diagnóstico, la medicación y las observaciones no fueran las adecuadas a los síntomas

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

que hasta entonces presentaba la paciente. Y tampoco resulta posible que se valore esa atención, órdenes y medicamento a la luz de la agravación súbita presentada posteriormente, pues ningún elemento de convicción permite sostener que los síntomas evidenciados en el examen de ingreso, con una alta probabilidad, evolucionarían negativamente.

En efecto, a pesar de que en la demanda se indicó que la muerte fue consecuencia de no descartar la presencia de un vértigo de carácter central en la paciente, lo cierto es que la única referencia en el proceso al respecto son las anotaciones en la literatura médica que hace in extenso el apoderado judicial de la parte actora en la demanda y en el recurso de apelación; pero no existe evidencia de ello a través de la realización de una necropsia o de algún examen que así lo determine, y bajo la probabilidad de que pueda constituir una causa no puede la Sala establecer el daño antijurídico imputable a la E.S.E. Salud de Pereira, por intermedio de su personal médico de atención de urgencias.

Ni del dictamen pericial ni de las declaraciones rendidas por los especialistas en el tema, es posible advertir que la causa del accidente cerebro-vascular fuera la falta de diagnóstico de vértigo de origen central, como uno de los posibles síntomas del ACV, ni mucho menos que al no descartar dicho vértigo se causaría las complicaciones en sus patologías de base y su muerte, pues dentro de la contradicción de la experticia, la médica internista es muy clara al señalar que “PREGUNTADO: Hubiera tenido posibilidad de mejorarse la señora Mercedes Toro realizando las recomendaciones que usted anota en su pericia. CONTESTO: Pues no lo sabemos, si la paciente finalmente tenía era un vértigo de origen central e hizo un accidente cerebrovascular, pues el accidente cerebrovascular constituye una de las principales causas de muerte en el mundo. Si la paciente tenía realmente era un ACV es difícil saber si se hubiera hecho un diagnóstico correcto si la paciente hubiera podido mejorar o no.”, aunado a ello ninguno de los galenos declarantes pudo acertar con el rigor que se requiere que la causa del accidente cerebrovascular que cursó la paciente cuando fue trasladada a la E.S.E. Hospital Universitario de San Jorge de Pereira, hubiese sido la atención dispensada el día 5 de marzo de 2014 por la E.S.E Salud Pereira, al no descartarse como posible síntoma un vértigo de carácter central, tal y como lo evidencian los libelista por activa.

La Sala encuentra que la parte demandante no demostró que se hubiera adelantado una atención negligente, pues contrario a lo afirmado por esta, si existió evidencia de la información sobre la consulta, la anamnesis, el examen físico realizado a la paciente, y la descripción de los recursos médicos utilizados para lograr un diagnóstico acertado, lo que permite concluir, que no se presentó una falla en la valoración de la paciente.

De igual manera, observa la Sala que en ningún momento hubo diagnósticos equivocados, o que no estuvieran relacionados con lo que la paciente refería y su buena evolución al momento de darle de alta en el servicio de urgencia de la entidad demandada.

Así, no existen en el expediente elementos suficientes que permitan aseverar de manera categórica que hubo un error en la atención prestada a la señora Toro de Gómez el 5 de marzo de 2014, ya que, según lo concluido por el dictamen médico, de acuerdo con el diagnóstico arrojado (vértigo periférico o paroxístico benigno), el tratamiento brindado a la paciente fue el adecuado, y dicha sintomatología podía ser controlada por un centro hospitalario del primer nivel, como ocurrió en este caso, y posteriormente dada su variación en el estado clínico para el día 6 de marzo de 2014, la decisión más óptima fue remitirla a un hospital de tercer nivel, como lo es la E.S.E. HUSJ.

Así en el caso concreto, el Tribunal insiste en que no ha quedado probada la falla en la atención del servicio de urgencias prestado a la señora Mercedes Toro de Gómez y, de igual forma, encuentra no acreditada la falla por error en el diagnóstico y tratamiento brindado a la paciente en el hospital Kennedy de la E.S.E. Salud Pereira, toda vez que como viene de observarse tanto el diagnóstico como el tratamiento obedecieron a los síntomas exhibidos por la paciente, los cuales se agravaron sustancialmente en una y otra ocasión.

Lo anterior, sumado a las condiciones especiales en que se encontraba la señora Mercedes Toro de Gómez que dificultan al juez emitir un juicio sobre sus probabilidades de muerte frente a una hipotética atención distinta, dada su avanzada edad, su hipertensión arterial, su diabetes mellitus. Según la manifestación del Dr. Carlos Alberto Marulanda Valencia cuando ésta ingresó a la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

de Pereira, en la cual consideró que esta se encontraba en estado preagónico, con un mal pronóstico.

De este modo, considera esta Sala, que le asistió razón al Juzgado Quinto Administrativo al denegar las súplicas de la demanda, por cuanto es cierto que en este caso, con los elementos probatorios aportados, no fue posible probar la existencia de una falla del servicio y mucho menos que la atención y tratamiento dado por el personal médico de la E.S.E. Salud Pereira, fuera el factor determinante que condujo al deceso de la señora Mercedes Toro de Gómez.

En otras palabras, no se demostró que los aspectos que en la apelación se señalan como posibles evidencias de la existencia de una falla médica en efecto hubieran ocurrido y que estos fueran la causa adecuada del deceso de la señora Mercedes Toro de Gómez, esto es, que el diagnóstico del personal médico no fuera el acertado, que medicación fuera errónea, que se hubiera necesitado exámenes adicionales para estos casos o que hubiera un inadecuado manejo de la situación frente de la evidencia de un vértigo periférico, pues todos refieren a aspectos técnicos propios de la ciencia médica que requerían de prueba, situación que en este caso se echa de menos.

Por tanto, procede un fallo adverso a las pretensiones de la parte actora, por lo que deberá ser confirmada la decisión emitida en primera instancia, por el Juzgado Quinto Administrativo de Pereira, el 12 de febrero de 2019.”

Con tales argumentaciones, el Tribunal Administrativo de Risaralda, confirmó la sentencia proferida por el Juzgado Quinto Administrativo de Pereira, en el proceso radicado 66001-33-33-751-2015-00462-01 (L-0257-2019) incoado por los hoy accionantes.

SEXTO: Los argumentos que dieron lugar a emitir la sentencia de primera instancia negatoria, y de segunda instancia confirmatoria, constituyen una vía de hecho y una manifiesta violación al debido proceso, la igualdad y al acceso a la administración de justicia.

V.- ARGUMENTACION FACTICA Y JURIDICA

A continuación, se hará una relación de los presupuestos facticos y probatorios que se demostrarán en el presente caso, a fin de demostrar que el análisis efectuado por los jueces ordinarios (Juzgado 5 Administrativo de Pereira y Tribunal Administrativo de Risaralda), no resultaron conforme con las circunstancias fácticas que rodearon el caso concreto:

DECISION ILEGITIMA DE PRIMERA INSTANCIA:

La sentencia de primera instancia proferida por el Juzgado Quinto Administrativo de Pereira dentro del proceso de Reparación Directa bajo el radicado No. 66001-33-33-751-2015-00462-01 (L-0257-2019) transgrede derechos constitucionales fundamentales de los accionantes, por lo siguiente:

Del análisis de las consideraciones y argumentaciones del Despacho A-quo, se evidencia un escaso análisis de todas y cada una de las pruebas existentes en el plenario, en donde de la simple relación de las pruebas, el juez emite una diáfana y escueta conclusión, de la cual expuso:

- Que no se encontraba acreditado que la atención del 05 de marzo de 2014 resultó errada, y que el diagnóstico de vértigo paroxístico fuera incorrecto, pues no existe prueba que la causa de muerte de la señora Toro de Gómez, fuese por un vértigo de origen central.
- Considera el Juez adecuado el manejo dado a la paciente, pues conforme la pericia, el 90% de los vértigos son de origen periférico y que, de este caso, el manejo dado con líquidos y dimenhidrinato fue el adecuado.

- Expuso el Juez que como los síntomas aducidos en la valoración de la paciente conforme las pautas medicas pueden corresponder a ambos tipos de vértigo, sin ser específicos de un vértigo de origen central, no se podía predicar un error en el diagnóstico.
- El Juez tiene por ciertas las afirmaciones del médico involucrado en la atención de la señora Mercedes Toro de Gómez, pese a que reconoce que no existen registros relevantes en la historia clínica, y pese a que la ley es clara sobre el registro de la misma, pero aduce que pese a ser clara la ley, no dice que datos positivos o negativos deben consignarse, por ende, considera que los datos que adolece la historia clínica no son un incumplimiento al deber de registrar datos en la historia clínica, y no implican error en el diagnóstico.

Con lo anterior, concluye el Juez que no se logró acreditar la configuración de un error en el diagnóstico médico alegado, toda vez que considera que la sintomatología presentada, el examen físico y revisión por sistemas elaborada por el galeno, el manejo clínico dado y la utilización de los medios advertidos no permiten predicar la existencia de un error inexcusable en la labor del médico tratante, y menos aún se probó que la paciente padeciera de vértigo de origen central cuando ingreso al servicio de urgencias de la ESE Salud Pereira para el 5 de marzo de 2011, por lo que considera que no se evidencia una falla en el servicio médico de la entidad demandada.

De las anteriores conclusiones a las que se puede llegar del fallo de primera instancia, se evidencia que el juez A-quo omitió la valoración íntegra de todos y cada uno de los medios probatorios existentes en el plenario, que podía dar fe de una situación diferente a la que en su momento consideró el juez, pues se repite, el análisis probatorio realizado y expuesto en sus consideraciones es muy escaso, incurriendo el Juez en un defecto fáctico al momento de emitir la sentencia, pues el juicio probatorio realizado no fue completo ni tuvo en cuenta sendas pruebas que evidenciaban una situación muy diferente, en la cual si se debe reprochar el actuar del médico tratante, que en el fallo de primera instancia, no tuvo juzgamiento o sesgo alguno por el juez de primera instancia.

De esta manera, se procede a hacer un análisis de todas y cada una de las pruebas que dan una realidad fáctica muy diferente a la analizada o revisada por el Despacho, veamos:

Se encuentra probado en la historia clínica que la paciente Toro de Gómez le fue diagnosticado un vértigo paroxístico benigno, según obra prueba de historia clínica a folios 39 a 41 del cuaderno 2 del expediente, siendo dada de alta por personal asistencial, con medicación para el día 05 de marzo de 2014.

Respecto de la patología que se hace referencia en el presente caso (Vértigo), es trascendental tener presente, aunque así no lo hizo el fallador de primera instancia que, la literatura médica frente a la atención en urgencias de un paciente con vértigo ha manifestado:

(Revista Médica de la Clínica Universitaria de Navarra / Vol. 47 No. 4 de 2003 – Pamplona - España)

“Paciente con Vértigo en Urgencias

Crisis única de vértigo espontáneo prolongado

Se trata de un episodio de vértigo agudo, que el paciente no ha sufrido con anterioridad, y que se prolonga más allá de 24 horas, con frecuencia varios días. El vértigo es intenso, habitualmente de tipo rotatorio y agravado por los movimientos de cabeza, por lo que el sujeto tiende a permanecer en reposo. El enfermo presenta asimismo desequilibrio, lo que le dificulta caminar e incluso ponerse de pie. El cuadro suele acompañarse de náuseas y a veces vómitos, además de palidez y sudoración.

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

Ya que algunas causas de ataque agudo de vértigo espontáneo prolongado, como el infarto o la hemorragia cerebelosa, son potencialmente letales si no se actúa con rapidez, **nuestra prioridad ha de ser descartar una etiología central. La anamnesis nos puede poner sobre aviso, así en pacientes mayores de 50 años de edad o con factores de riesgo de ictus como hipertensión, hábito tabáquico, diabetes, cardiopatía o dislipemia siempre hay que considerar la posibilidad de isquemia en el territorio irrigado por el sistema vértebro-basilar.** No obstante, son tres datos claves de la exploración clínica **otoneurológica** los que nos permiten diferenciar una vestibulopatía periférica aguda de un ictus: la intensidad del desequilibrio, las características del nistagmo y la presencia de signos de focalidad neurológica.

En los pacientes con vértigo agudo de causa central la intensidad del desequilibrio es tal que les impide caminar e incluso ponerse de pie, mientras que en la neuritis vestibular el desequilibrio es más moderado, permitiendo al paciente levantarse y andar, aunque con dificultad y tendencia a caer hacia el lado de la lesión. (Subrayado, negrilla y tamaño de fuente del recurrente)

Aquí en este punto es importante verificar que en el ingreso del día 05 de marzo de 2014, se anotó por el personal médico Dra. María Fernanda García Grisales (Ver folio 23 cuaderno 2), lo siguiente:

	ESE SALUD PEREIRA [660010033200] NIT 816.005.003-5 Cra. 10 No. 17-95 Ed Torre Central Piso 3 - TELS: 3116739 - FAX: 324808 PEREIRA, RISARALDA	
IMPRESIÓN DE HISTORIA		
P-FAST 6.56 - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y AS		
DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO		
HC: C25182096	CC 25182096	TORO BUIT
Regimen: Substituido Empresa: Cafésalud EPS S.A. - Nivel: Nivel I		
Residencia: MZ 3 CE 10 B NUERA - Teléfono: 3218803 - Barrio: NUEVO PLAN - Mu		
En caso de urgencia avisar al: () - Dirección: - Teléfono:		
Apertura TRIAGE del 5 Mar 2014 03:55 pm: 66 Años		
Clasificación de triage		
Atención		
MOTIVO DE CONSULTA		
NUERA REFIERE * NO COME DESDE AYER. MAREO NO SE SOSTIENE PARADA *		
	PROFESIONAL: [3788] GARCIA GRISALES MARIA FERNANDA - Especialidad: OTRA ESPECIALIDAD NO CLASIFICADA [660010033201] HOSPITAL KENNEDY	

Del registro clínico se puede manifestar sin ningún arroj de duda, que la paciente ingreso al servicio de urgencias, y se manifestó fuera de otros síntomas y de factores de riesgo, la imposibilidad de sostenerse de pie, síntoma que conforme la literatura médica aquí expuesta, constituye un dato clave para guiar el diagnostico hacia una patología de vértigo central.

Ahora bien, continuando con la literatura médica atrás expuesta, la misma continua así frente a la atención del vértigo en urgencias, manifestando:

En los pacientes con vértigo agudo es inestimable la información que nos aporta la valoración del reflejo vestibulooculomotor mediante la exploración del nistagmo espontáneo y la maniobra óculo-cefálica. Recordemos que el nistagmo periférico espontáneo es horizonto-rotatorio, siempre bate en la misma dirección, aumenta de intensidad al suprimir la fijación visual con las gafas de Frenzel o con el oftalmoscopio y al dirigir la mirada hacia el lado del componente rápido, mientras que disminuye con la fijación visual. Entre las características indicativas de centralidad de la lesión quizás las más evidentes sean el nistagmo vertical y el carácter cambiante de la dirección del nistagmo al dirigir la mirada hacia uno u otro lado. Un signo muy fiable de vestibulopatía periférica aguda y fácil de explorar en el servicio de urgencias es la positividad de la maniobra óculocefálica.

Tabla 4. Criterios para solicitar pruebas de diagnóstico por la imagen en pacientes con vértigo agudo

- Comienzo súbito en paciente con factores de riesgo cerebrovascular
- Desequilibrio intenso o desproporcionado a la intensidad del vértigo
- Nistagmo de características centrales
- Focalidad neurológica
- Cefalea intensa de inicio reciente
- Disminución del nivel de conciencia

La elección de TC o RM dependerá de la disponibilidad de medios y de la experiencia

Tabla 5. Criterios de ingreso en pacientes con vértigo

- No mejoría tras tratamiento de urgencia
- Intolerancia oral
- Focalidad neurológica
- Dudas entre vértigo central y periférico

Tratamiento

El tratamiento de los sujetos con mareo extravestibular o con vértigo central requiere identificar y evitar o tratar la causa subyacente, por el contrario, los pacientes con una crisis de vértigo periférico (neuritis vestibular, enfermedad de Meniere) solo precisan tratamiento sintomático.

Después de ser atendidos en el servicio de urgencias la mayoría de los pacientes con vértigo pueden ser dados de alta a su domicilio para seguimiento por su médico de atención primaria. Como regla general solo los pacientes con vértigo central precisan hospitalización (Tabla 5).”

“Síndrome Vestibular Central (Vértigo Central)

Se entiende por Síndrome Vestibular Central aquél en el que los síntomas no guardan proporción en su intensidad ni armonía en sus manifestaciones e, incluso pueden no aparecer en su totalidad. Esto es debido a la afectación parcial y selectiva de la vía vestibular. La asociación de otros síntomas por afectación de determinadas áreas en el tronco del encéfalo y cerebelo, fundamentalmente, guían la exploración y el diagnóstico de estos enfermos.

La alteración de la función vestibular condiciona una serie de manifestaciones clínicas de las que el vértigo o falsa sensación de movimiento, es el síntoma fundamental acompañándose a menudo de cortejo vegetativo con náuseas y vómitos, sensación de mareo e inestabilidad. La lesión o disfunción en algún punto de las estructuras vestibulares ya sean periféricas o centrales, da lugar a un síndrome vestibular. En los mareos y cuadros vertiginosos de origen central las alteraciones se localizan en la vía vestibular central, generalmente el tronco del encéfalo, cerebelo y conexiones vestibulo-cerebelosas y de forma excepcional, por afectación de estructuras supratentoriales como el tálamo o la corteza cerebral.

Aunque los síntomas de disfunción vestibular son un motivo frecuente de consulta en la población, la mayoría de los casos se presentan en el adulto o el anciano, y generalmente son de origen periférico.

Etiologías del síndrome vestibular central

En condiciones generales, cuando se consideran los grupos de edad más jóvenes, deben descartarse preferentemente los cuadros migrañosos o una esclerosis múltiple, mientras que en la patología tumoral cerebelosa parece haber una distribución bimodal (niños y adultos). **Sin embargo, en la mayoría de los casos el**

SVC se presenta en la población de mayor edad (a menudo portadora de factores de riesgo como la hipertensión, dislipemia o diabetes), siendo el factor etiológico más importante la enfermedad cerebrovascular isquémica.

Aunque los traumatismos craneales son una causa frecuente de cuadros vertiginosos, y pueden tener un origen central (síndromes postcontusionales), generalmente se producen a través de alteraciones en el sistema vestibular periférico.” (Subrayado, negrilla y tamaño de fuente fuera de texto)

En el presente caso, también es innegable que la paciente presentaba unos factores de riesgo, que implicaban para los galenos de la entidad demandada un mayor cuidado en el diagnóstico de vértigo de la señora Toro de Gómez, situación que pese a que el Despacho judicial de primera instancia desconoció u omitió analizar, lo cierto es que si está demostrada en el plenario, ya que en la historia clínica se anotó por el personal médico Dra. María Fernanda García Grisales (Ver folio 23 cuaderno 2), así:



PROFESIONAL. [3700] GARCIA GRISALES MARIA FERNANDA - Especialidad:
OTRA ESPECIALIDAD NO CLASIFICADA
[560010033201] HOSPITAL KENNEDY

Apertura URGENCIAS del 5-Mar-2014 04:38 pm: 66 Años



TIVO DE CONSULTA

NUERA REFIERE " NO COME DESDE AYER MAREO NO SE SOSTIENE PARADA "

ENFERMEDAD ACTUAL

DESDE AYER PRESENTA MAREO CON LOS MOVIMIENTOS DE LA CABEZA, SI SE QUEDA QUIETA : NO ; CONCOMITANTEMENTE NAUSEAS Y VOMITO DE ASPECTO BILIOSO . ES DIADETICA E HIPERTENSA EN TTO. TOMA METFORMINA 850 1-0-1 . ; VPM 80 : 1-0-1 . ; LOVASTATINA 20 1 TABLETA CADA NOCHE ; ASA 1 TABLETA DIARIA . TIENE SED Y ORINA POCO, PERO NO REFIERE ALTERACIONES EN LA ORINA .

ANT. PATOLÓGICOS

HTA. DIABETES MELLITUS

ANT. QUIRÚRGICOS

COLECISTECTOMIA .

ANT. TOXICO-ALÉRGICO

NEGATIVO

Así las cosas, y apoyándonos en la literatura médica, es lógico concluir que los factores de riesgo que presentaba la señora Mercedes Toro de Gómez, eran apenas lógicos en representar una alerta de precaución y cuidado para los galenos al momento de valorarla, para así descartar el origen central del vértigo, pues como se puede observar en la literatura médica expuesta, es una conducta imperiosa y trascendental en el tratamiento en urgencias de un paciente de este tipo, siendo el deber ser del tratamiento médico o *lex artis*.

Adicional a la literatura médica anterior, se encuentra que en la (Guía para el abordaje del paciente adulto con mareos – Segunda Parte: Vértigo – Dr. Andrés Pichón Riviere y Dr. Guillermo Videla – Mayo – junio 2007), se exponen las mismas prioridades o protocolos para el personal médico, en el sentido de descartar si la patología es de rígen periférico o central, veamos:

“Guía Práctica Clínica: Guía para el abordaje del paciente adulto con mareos.

Una vez determinado que el paciente tiene vértigo -la percepción de que él gira o de que gira su ambiente- es importante determinar si este es periférico o central. Aquellos

trastornos que comprometan al nervio y/o al laberinto serán periféricos, y los que afectan al cerebelo o al tronco cerebral serán centrales (axiales).

Las causas periféricas de vértigo son las más frecuentes (85%) en su mayoría, autolimitadas y benignas, aunque los síntomas como náuseas y vómitos suelen ser más severos. El vértigo central es menos frecuente (15%) y los síntomas acompañantes son más leves; aunque suele haber compromiso de otras estructuras del sistema nervioso central (SNC) con diferentes manifestaciones y específicamente el trastorno en la deambulación es mayor. El sitio de la lesión suele identificarse por la presencia de síntomas asociados como, por ejemplo, el compromiso auditivo (hipoacusia o acúfenos) al afectar el laberinto o el nervio vestíbulo coclear. También puede observarse una alteración a nivel del nervio facial cuando el trastorno está ubicado en el canal auditivo interno. Los vértigos de origen central en los que se comprometen los núcleos vestibulares del tronco cerebral o el cerebelo y, por su estrecha vinculación anatómica con otras áreas neurológicas, virtualmente siempre presentan otra sintomatología neurológica asociada como ataxia, debilidad, disartria, etc.

Etiología y presentación clínica de los diferentes tipos de vértigo

Vértigo de origen central Es más común en pacientes ancianos, hipertensos, diabéticos o con enfermedad cardiovascular. Son causas de vértigo central la isquemia o infarto de tronco cerebral (enfermedad arterial vertebro basilar) las enfermedades desmielinizantes (esclerosis múltiple, desmielinización postinfecciosa, síndrome paraneoplásico) los tumores del ángulo pontocerebeloso (neurinoma del acústico, meningioma, colesteatoma, metástasis, etc.) las lesiones intrínsecas del tronco cerebral (tumor, malformaciones arteriovenosas) las convulsiones (muy raras) y las desórdenes heredo familiares (ej. ataxias espino cerebelosas).

Enfermedad arterial vértebro basilar: los episodios pueden ser causados por alteraciones en la circulación del circuito posterior que se encarga de irrigar al tronco cerebral donde se ubican los núcleos vestibulares. Estos pacientes suelen ser añosos, con múltiples factores de riesgo cardiovascular, pero también debemos pensarlo en jóvenes con antecedentes de traumatismo cefálico en los que se pudo haber producido una disección arterial cervical. Suele haber otros síntomas neurológicos acompañantes como pérdida de la visión, diplopía, parestesias periorales, ataxia, ataque de caída ("drop attack") disartria, etc. Si los síntomas son transitorios debe pensarse en un accidente isquémico transitorio (AIT) que duran un mínimo de cinco minutos. Alrededor de 25% de los pacientes con AIT vertebro basilar puede tener vértigo como manifestación inicial, al que se agregan luego otros síntomas relacionados con el compromiso del SNC.

Tumor del ángulo pontocerebeloso o neurinoma del acústico: desde el punto de vista anatómico es una causa periférica, pero habitualmente se la engloba dentro de las centrales ya que puede también comprometer al tronco cerebral por compresión. Originado en las células de Schwann de la rama vestibular del VIII par dentro del conducto auditivo interno, al crecer puede comprometer otras estructuras como la rama auditiva, el nervio facial (VII par) el trigémino (V) hasta el tronco cerebral y el cerebelo. Es muy raro que la manifestación inicial de este tumor sea la presencia de episodios aislados de vértigo. Los síntomas más comunes son una hipoacusia progresiva y acúfenos del lado afectado, inestabilidad en la mitad de los casos, encontrándose vértigo sólo en 20% de los pacientes. Es una causa poco frecuente de vértigo, pero debe pesquisarse ante una disminución asimétrica y progresiva de la audición.

Vértigo de origen periférico

El vértigo periférico es el tipo más común de vértigo. Debe sospecharse cuando el cuadro es de vértigo aislado o se acompaña sólo de síntomas auditivos, siendo el resto del examen neurológico normal. Las causas más frecuentes son la vestibulopatía periférica (laberintitis, neuronitis vestibular, vestibulopatía aguda y recurrente) el vértigo posicional paroxístico benigno, el vértigo postraumático, la vestibulotoxicidad (vértigo

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

inducido por drogas) y la enfermedad de Ménière. Otras más raras son la infección bacteriana local, la cúpulo-litiasis, la otoesclerosis, la fístula laberíntica y el infarto laberíntico.

Vestibulopatía periférica, laberintitis, neuronitis vestibular o vestibulopatía periférica: todos estos nombres se refieren a una misma entidad de probable origen inflamatorio que afecta al laberinto o al nervio vestibular. Se caracteriza por el inicio brusco de un cuadro vertiginoso severo, generalmente un único episodio (raramente recurrente) que se acompaña de náuseas y vómitos. En el comienzo los síntomas son incapacitantes y puede requerir la internación del paciente, ya que estos pueden no tolerar la medicación ni la hidratación oral. La severidad suele disminuir en cuatro días. En el examen físico se evidencia nistagmus de tipo periférico. Suele existir el antecedente de un cuadro infeccioso de las vías aéreas superiores en los días previos al inicio del vértigo.

En este caso es típico que el paciente refiera presentar los síntomas al acostarse o lateralizarse en el decúbito y también en ciertas tareas domésticas como tender la ropa o colocar algo en una repisa alta (hiperextensión cefálica). El vértigo suele durar menos de un minuto y puede estar asociado a náuseas, vómitos y diaforesis. Existe una relativa ausencia de síntomas durante la marcha, la sedestación o la bipedestación. El cuadro es reproducible en el consultorio mediante maniobras de desencadenamiento, con las que se obtiene un nistagmus con una latencia (tiempo a su inicio) menor a 40 segundos, agotable (dura menos de un minuto) fatigable (es menor a medida que se repite la maniobra) geotrópico (vertical hacia la tierra) y rotatorio.”

De lo expuesto por la ciencia médica, queda claro que en tratándose de pacientes con síntomas de vértigo agudo espontáneo y prolongado, **lo primordial en la atención médica, es actuar con rapidez, siendo prioridad descartar un origen central del vértigo**, para ello, se debe **tener cuidado en la anamnesis**, pues **puede poder sobre aviso al médico, cuando tenga de presente un paciente mayor de 50 años o con factores de riesgo** de ictus **como hipertensión**, tabaquismo, **diabetes**, cardiopatía o dislipemia.

Se resalta de igual manera que, en casos de vértigo central, la intensidad del desequilibrio es de tal magnitud, **que impide caminar e incluso ponerse de pie al paciente**¹, en cambio en la neuritis vestibular el desequilibrio es moderado, permitiendo al paciente andar, aunque con dificultad y con tendencia a caer hacia el lado de la lesión, **situaciones que debieron ser valoradas por el galeno al momento de atender a la paciente Toro de Gómez para descartar un origen central del vértigo, y que en el presente caso, el Juez de primera instancia omitió analizar las pruebas existentes en el plenario que mostraban o más bien hacían brillar por su ausencia, la falta de revisión e investigación en el paciente por el personal médico, así como la omisión del cumplimiento de los protocolos médicos, como lo son el diligenciamiento adecuado de la historia clínica, situaciones erróneas que pasaron a abordarse.**

Conclusión probatoria de responsabilidad con relación a la patología presentada por la causante Mercedes Toro de Gómez

De esta manera, se puede concluir de la literatura médica, así como de los testimonios de los galenos testigos involucrados en la atención médica de la señora Mercedes Toro de Gómez, así como la misma perito Dra. Ana María Escobar Falcón, quienes fueron concluyentes y enfáticos en establecer que el Síndrome Vestibular Central se presenta en la población de mayor edad, portadora de factores de riesgo como la hipertensión y diabetes, siendo el factor etiológico más importante la enfermedad cerebrovascular isquémica, y es innegable concluir desde el punto de vista probatorio que, la señora Toro de Gómez era portadora de dichos factores de riesgos.

¹ Manifestación clínica que presentaba la paciente al ingreso el día 05 de marzo de 2014.

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

Por lo tanto, como elementos de imputación de responsabilidad se encuentra que la ESE Salud Pereira, por intermedio de su personal médico, desconoció que el vértigo es de dos tipos (paroxístico benigno y de origen central), y que este último estaba íntimamente asociado a los factores de riesgo o condiciones inmodificables que presentaba la paciente Mercedes Toro de Gómez (Mujer – Mayor de 67 años – Hipertensa – Diabética), **y pese a ello no se previó descartar la patología de origen central que implicaba un mayor riesgo, el cual en ultimas fue desencadenado y por el cual acudió nuevamente para el día siguiente a las instalaciones de la ESE Salud para el día 06 de marzo de 2014, donde se anota que sufría una ECV.**

DE LAS FALLAS EN LA ATENCION MEDICA NO EVIDENCIADAS NI ANALIZADAS

Resulta cuestionable en el presente asunto, que el fallador de primera instancia solo se limitó a digitar el dictamen pericial y los testimonios de los galenos que participaron en la etapa probatoria en el presente caso, pero en momento alguno se aprecia que el Juez hubiese realizado un análisis juicioso, pormenorizado y puntual a cada una de las pruebas practicadas en el proceso, y si bien entiende el suscrito apoderado que el fallador no fue quien practicó las pruebas, lo cierto es, que la Ley 1437 de 2011 para prevalecer el principio de inmediación probatoria, regló que todas las audiencias debían estar grabadas en medios audiovisuales, a efectos que el fallador, fuera quien fuera, pudiese percibir en mejor manera la práctica de las mismas, situación está que no puede obviar ningún operador judicial, pues el principio de inmediación probatoria, fuera de obligar a las partes y al operador judicial a verificar personalmente la prueba, implica para el mismo la apreciación, análisis y juicio de valor probatorio de todos y cada uno de los medios probatorios legalmente practicados dentro del proceso, situación que en el presente caso, no se tuvo en cuenta ni se demuestra ello con las consideraciones y argumentaciones del fallador de primera instancia.

El fallador de primera instancia, solo se ciñó a resumir en 33 paginas los antecedentes de un proceso de más de 4 años, de más de 14 horas de audios de pruebas, y solo copió y pegó los argumentos de la demanda, la contestación, los alegatos y los testimonios como antecedentes del caso, y en tan solo dos páginas, sin el más mínimo análisis o valoración o juicio probatorio, emitió un juicio de valor en donde niega las suplicas de la demanda, dando por no probado situaciones, que a lo largo de todos los medios probatorios que aquí se hacen mención, dan fe de que la realidad fáctica en el presente caso fue diferente; pero estos yerros judiciales solo evidencian un claro defecto o desidia en el análisis probatorio.

Ahora bien, a continuación, se procederá a hacer un análisis de todos los elementos que estructuran la responsabilidad de la ESE Salud Pereira con ocasión de la falla del servicio médico por error en el diagnóstico, situaciones que como se ha dicho, pese a haber sido advertidas en la demanda y concluidas en los alegatos de conclusión, en momento alguno fueron sujeto de un juicio de valor para bien sea fueran tenidas en cuenta o desvirtuado su valor o conclusión probatoria.

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

DE LA DEFICIENTE ATENCION MEDICA, AL OMITIR TENER EN CUENTA FACTORES DE RIESGO QUE IMPLICABAN PATOLOGIAS ASOCIADAS, MAS AUN SI EL VERTIGO DIAGNOSTICADO PRESUNTAMENTE, A LA LUZ DE LOS ANTECEDENTES DE LA PACIENTE MERCEDES TORO DE GOMEZ, DEBIAN GENERAR UNA ALERTA ACERCA DE PATOLOGIAS ASOCIADAS, QUE DEBIAN SI O SI DESCARTARSE, COMO LO FUE EL VERTIGO CENTRAL QUE EN ULTIMAS CAUSO EL ACV QUE COBRO LA VIDA DE LA HOY CAUSANTE. (QUE TAMPOCO SE ANALIZO NI SE TUVO EN CUENTA SU PESO PROBATORIO EN LA RESPONSABILIDAD QUE EXISTE)

Se encuentra que esta situación **SÍ ESTÁ DEMOSTRADA EN EL PLENARIO**, ya que en la historia clínica se anotó por el personal médico Dra. María Fernanda García Grisales (Ver folio 23 cuaderno 2), la profesional anotó que la paciente era diabética e hipertensa, y apoyándonos en la literatura médica adjunta, se puede concluir que los factores de riesgo que presentaba la señora Toro de Gómez, representaban de lógica médica, una alerta de cuidado para los galenos al momento de valorarla, donde un médico prudente y diligente, debía descartar el origen central del vértigo, pues como se puede observar en la literatura médica expuesta, es una conducta imperiosa y trascendental en el tratamiento en urgencias de un paciente de este tipo.

Ahora bien, al respecto, se encuentra que no solo la literatura avala esta posición, sino que se logró probar con el dictamen pericial, donde la médica internista Dra. Ana María Escobar Falcón, corrobora esta práctica médica, así:

“Doctora podría describirnos que es el nistagmus, y si es importante para descartar el origen del vértigo.

*R/: **Si, los dos puntos más importantes cuando se hace el examen del vértigo de una paciente con vértigo, son el nistagmus y la ataxia, el nistagmus es el movimiento ocular de los ojos básicamente cuando se evalúa**, el nistagmus es diferente cuando es periférico o central, cuando es periférico el movimiento es horizontal, mientras cuando es de origen central el nistagmus no es horizontal y puede ser a cualquier dirección, y cuando uno le pide al paciente que mire hacia un punto fijo el paciente sigue presentando los movimientos, y la ataxia es otro punto importante para evaluar la marcha, para diferenciar cuales de los tipos de vértigo se trata.*

A la paciente se le realizaron maniobras durante el examen médico para verificar o facilitar el diagnostico de vértigo paroxístico.

*R/: **Pues por lo menos no se registraron si se realizaron, al examen físico no se registraron, el nistagmus es importante y no aparece nada sobre el nistagmus, no aparece nada sobre la marcha**, y hay un examen que se llama la maniobra de helgsalpaig (sic), que es el examen para valorar el tipo de nistagmus, ese examen nos permite durante el examen físico tener una sensibilidad del 88% **para evaluar si se trata de un vértigo periférico o un vértigo paroxístico benigno específicamente y no aparece registrado**.*

La falencia de estos precisos puntos por usted anotados, podrían conllevar a un diagnóstico y tratamiento adecuado.

*R/: **Pues la falencia de los mismos podría llevar a un diagnostico errado**, lo que sucede es que más del 90% de los vértigos son de origen periférico, entonces generalmente se trata al paciente y al paciente le va bien,*

*porque estadísticamente hablando es lo más probable, **por eso yo pienso que ese tipo de pacientes es importante hacerle un periodo de observación, donde se evalué y de acuerdo a eso hacerle un examen más completo, para saber cómo va el paciente, la respuesta del paciente y si es necesario hacer otro tipo de estudios.***

Doctora Respecto de la respuesta al literal b) de la pericia, cuando se interroga acerca del grado de complejidad patológica, y responde: “El primer día, si la consideración de vértigo periférico hubiere sido correcta, podría manejarse en primer nivel de complejidad”, frente a esto sírvase manifestar cual era la patología correcta de vértigo que presentaba la paciente, o si simplemente el diagnóstico de vértigo periférico no era la patología clínica que ella tenía.

***R/: Lo que sucede es que en el primer resumen no aparece específicamente como estaba el nistagmus, como estaba la marcha de la paciente, si los síntomas de la inapetencia correspondían a disfagia o dificultad para tragar, entonces no es posible especificar si era un vértigo de origen central o un vértigo de origen periférico,** si hubiera sido un vértigo de origen periférico si se puede manejar en primer nivel, pero no podemos asegurar con los datos que tenemos de la primera valoración si era un vértigo de origen periférico.*

A que se refiere usted en la respuesta al literal k) con “el tiempo de observación con un examen físico completo al revalorar a la paciente, incluyendo un fondo de ojo, por ejemplo, hubieran posiblemente determinado la necesidad de otros estudios”.

***R/: Si no se le hubiera dado salida a la paciente sino que se hubiera evaluado completamente,** el examen físico completo lo que hablábamos, mirar el nistagmus, las características del nistagmus, hacer la maniobra de helgsalpaig (sic), mirar la ataxia de la paciente, como estaba la marcha de la paciente, hacer un examen del fondo de ojo, todo esto nos hubiera permitido llegar a un mejor diagnóstico de la paciente, y la vigilancia dentro del periodo de observación, y mirar si había respuesta al dimenhidrinato, mirar cuanto duraba el periodo del vértigo, **si tenía periodos de mejoría o no, esto hubiera permitido hacer un mejor diagnóstico.**” (Subrayados y negrillas del suscrito)*

Conclusión médico probatoria de responsabilidad con relación a las omisiones de los galenos, de descartar otras patologías clínicas que podían estar desencadenando el estado clínico de la paciente, dados sus factores de riesgo y su sintomatología, lo cual generó un proceso de juicio diagnóstico errado o incompleto

De lo así descrito y referenciado señor Juez Constitucional, se puede evidenciar que no se tuvo en cuenta la hipertensión con la cual llegó la paciente Mercedes Toro de Gómez, mucho menos su manifestación de no ser capaz de sostenerse de pie, menos aún los factores de riesgo que esta presentaba y que fueron anotados en la historia clínica, y pese a ello, se dispensó el tratamiento médico con base en un diagnóstico presuntivo, sin que primero se realizaran exámenes paraclínicos con miras a llegar a un diagnóstico definitivo, con el cual pudieran haber descartado otras patologías que conforme los factores de riesgo y la sintomatología presentada por la paciente, que podían asociarse y que podían representar un peligro asociado a dichos factores de riesgo. **Hecho o conducta medica que claramente fue anotada por la perito en el presente proceso, donde la misma fue clara en establecer la necesidad de un periodo de observación, donde claramente manifestó que no**

existía prueba de que se le hayan realizado los exámenes necesarios, y menos aun que se haya buscado descartar la sintomatología de vértigo que presentaba, pues como lo anota la perito experta, es algo necesario, circunstancias que pasó por alto la autoridad judicial falladora.

Aquí llama la atención del suscrito, porque el Juez fallador de primera instancia no analizó de manera pormenorizada y puntual las pruebas existentes, para que pudiese evidenciar si realmente se había examinado en debida forma a la paciente, actuación médica que como se probó no se hizo, pues no se le realizaron los exámenes paraclínicos para llegar a un diagnóstico acertado, pese a conocer los factores de riesgo que estaban previamente identificados, para así poder descartar otras patologías asociadas que podían implicar la necesidad de un nivel de atención superior u otra acción medica diferente a la ejecutada; de esta manera se tiene que el diagnostico medico presuntivo de vértigo paroxístico, se volvió definitivo y solo se procedió a suministrar medicamentos para un vértigo paroxístico benigno (Dimenhidrinato), **sin siquiera cerciorarse de su real evolución**, pues como se evidenciará con este escrito, la revaloración de la efectividad del tratamiento, la hizo el personal auxiliar, **constituyendo todo ello en errores inexcusables de profesionales de la medicina al servicio de la ESE Salud Pereira.**

DE LOS ERRORES INEXCUSABLES EN EL DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLINICA QUE IMPLICAN UN INCORRECTO Y UN ERRADO PROCESO DE JUICIO DIAGNOSTICO (QUE TAMPOCO SE ANALIZO NI SE TUVO EN CUENTA SU PESO PROBATORIO EN LA RESPONSABILIDAD QUE EXISTE)

Existió una falla en el servicio médico, en lo relacionado con el diligenciamiento de la historia clínica, pues como bien se sabe, la misma constituye un aspecto fundamental del proceso diagnóstico de la patología de un paciente, y de su buen diligenciamiento depende en parte la suerte y el buen tratamiento del mismo, así como también es claro, que su mal diligenciamiento constituye una falla en el servicio la cual genera responsabilidad administrativa y patrimonial del ente de salud demandado.

Se encuentra que en el presente caso, para la patología y los síntomas reflejados por la paciente, era más que lógico que su problema tenía relación neurológica, pero resulta extraño que al momento de diligenciar la historia clínica, en la revisión por sistemas y en el examen físico, el galeno no registra dato alguno en este punto, diferente a ***“normal”***, lo que a todas luces refleja una falla más en el servicio médico asistencial, pues transmite una negligencia en la atención médica, ya que **no se aprecia que a la paciente le hubiesen prestado el debido cuidado que merecía y que el proceso de juicio diagnostico no fue el adecuado y diligente que requería;** lo que conlleva a su vez en una responsabilidad administrativa de la ESE Salud Pereira, situación está que se encuentra demostrada del dictamen pericial y su aclaración por parte de la Dra. Ana María Escobar Falcón (Fl. 155 a 160 del cuaderno 2, y audiencia del 03 de octubre de 2017), prueba que no fuese objetada por error grave por la demandada, y que el fallador de primera instancia pese a no darle valor y el debido juicio probatorio, con ello no puede desdibujarse su mérito o peso probatorio, por lo que podemos ver lo siguiente de la misma, donde la perito expuso:

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

“Podría aclarar si conforme la pericia rendida por usted, si a la paciente Mercedes Toro de Gómez se le hizo valoración sobre la presencia de ataxia o tinitus.

R/: No a la paciente no se interrogó según la historia si había tinitus, según los datos, y no se valoró por completo la ataxia, por lo menos no se registró en el examen físico, ni tampoco en la revisión por sistemas que es cuando interrogamos, tampoco aparece un complemento allí.

(...)

A la paciente se le realizaron maniobras durante el examen médico para verificar o facilitar el diagnóstico de vértigo paroxístico.

R/: Pues por lo menos no se registraron si se realizaron, al examen físico no se registraron, el nistagmus es importante y no aparece nada sobre el nistagmus, no aparece nada sobre la marcha, y hay un examen que se llama la maniobra de helgsalpaig (sic), que es el examen para valorar el tipo de nistagmus, ese examen nos permite durante el examen físico tener una sensibilidad del 88% para evaluar si se trata de un vértigo periférico o un vértigo paroxístico benigno específicamente y no aparece registrado.

Doctora conforme su pericia en el literal a), donde anota que no se describe nistagmus, que existe presencia de inapetencia y ataxia, pero no se hace énfasis en la intensidad de la ataxia, que podría ser un factor diferenciador, y sobre el hecho de no interrogar respecto de la presencia de tinitus; bajo estas precisas anotaciones considera usted que la valoración inicial a la paciente Mercedes Toro de Gómez estuvo completa.

R/: Por lo que aparece, no aparece completa la revisión.

La falencia de estos precisos puntos por usted anotados, podrían conllevar a un diagnóstico y tratamiento adecuado.

R/: Pues la falencia de los mismos podría llevar a un diagnóstico errado, lo que sucede es que más del 90% de los vértigos son de origen periférico, entonces generalmente se trata al paciente y al paciente le va bien, porque estadísticamente hablando es lo más probable, por eso yo pienso que ese tipo de pacientes es importante hacerle un periodo de observación, donde se evalué y de acuerdo a eso hacerle un examen más completo, para saber cómo va el paciente, la respuesta del paciente y si es necesario hacer otro tipo de estudios.

Me podría explicar doctora en que consiste la revisión por sistemas.

R/: La revisión por sistemas es la parte del interrogatorio donde se le pregunta a la paciente los síntomas respecto a cada órgano.

Es importante para un diagnóstico acertado.

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

R/: Si claro, la revisión por sistemas es una parte fundamental del interrogatorio y recepción de la historia clínica.

Conforme lo anotado por usted en el literal a), y teniendo presente las falencias del auscultamiento de los síntomas que presentaba la paciente para descartar uno u otro vértigo, la revisión por sistemas fue correcta.

R/: La revisión por sistemas por lo menos en lo que aparece allí no está completa, o por lo menos dice que todo está normal, entonces falta información al respecto.

Es lógico anotar en el estado neurológico que la paciente estaba bien (normal) y en el cardiovascular normal, cuando en la misma historia clínica se anota que existe hipertensión.

R/: Pues realmente había hipertensión sistólica entonces no debía anotarse que estaba normal, en el examen físico en ese punto.

(...)

Si en la historia clínica estudiada, usted expone que no es posible determinar si se interrogaron otros síntomas, de qué manera se podría saber.

R/: Básicamente lo que está consignado en la historia es lo único que podemos concluir que pudo interrogar el medico en ese momento.

Es obligación de los galenos consignar todas las situaciones que el presencie y que el vea de acuerdo a su pericia dentro del proceso diagnóstico.

R/: Claro la idea es que la historia clínica sea lo más completa posible y que se documente toda impresión.

(...)

De la respuesta al literal l) de su pericia, nos puede decir si la atención que recibió la señora Mercedes Toro de Gómez cumplió con todos los protocolos médicos que dicta la lex artis.

R/: Básicamente acorde a lo que está registrado en la historia clínica, no se le realizó un examen físico completo, no sabemos si se interrogaron completamente todos los síntomas, especialmente en la revisión por sistemas en lo que respecta a la parte neurológica y no hubo un periodo de observación.

Del solo análisis de la prueba pericial como prueba trascendental y de mayor relevancia en el proceso, para el fallador debían quedar claras muchas circunstancias que generaban aunque sea un indicio grave de las fallas en el juicio diagnóstico que en su momento había realizado el galeno, pero fueron circunstancias que omitió el fallador en revisar y analizar de manera profunda, y donde solo se limitó a indicar que como el galeno involucrado había manifestado que había hecho el tratamiento adecuado, y que pese a que no consignó ciertas cosas en la historia clínica, su atención y proceder médico no revestía conducta negativa alguna; a lo cual no es lógico y no comparte el suscrito, como se hizo en el recurso

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

de alzada, pues era un deber del galeno actuar conforme los parámetros legales, y de la ciencia médica, máxime si como se evidenció en la pericia, lo realizado por el galeno no era suficiente, pues existían otras conductas médicas que no abordó y no existe constancia de haberlo hecho, con las cuales el diagnóstico y tratamiento hubiese sido acertado o se le hubiese brindado la posibilidad de una atención diligente y oportuna, en condiciones de calidad y eficiencia, circunstancias que con la conclusión que tuvo el fallador de primera instancia, no encuentra asidero bajo la comunidad de pruebas practicadas que daban fe de otra realidad fáctica no contemplada ni valorada por el fallador.

Con relación a lo anterior, se encuentra que el fallador de primera instancia, no tuvo en cuenta la doctrina existente en materia de diagnóstico médico, la cual es coincidente con las pruebas y pericial en especial realizada por la Dra. Escobar Falcon en el presente asunto, de lo cual se puede evidenciar así:

Con relación a este tipo de fallas del servicio, por su aspecto eminentemente técnico, es importante soportar los estudios de responsabilidad en la doctrina médica o literatura comúnmente llamada, y frente al presente asunto, tenemos que el Dr. Alberto León Duque Osorio, en su libro titulado Tema de Prueba en la Responsabilidad Medica, editorial Biblioteca Jurídica Dike, año 2014, expuso acerca del juicio diagnóstico, doctrina que fuese expuesta desde el inicio de la demanda, y reiterada en los alegatos de conclusión, de donde se puede evidenciar frente al caso aquí cuestionado, lo siguiente:

“46. EL PROCESO DIAGNÓSTICO

La doctrina ha establecido el siguiente principio cuando se trata de la práctica médica de diagnóstico: “De ninguna manera y bajo ningún pretexto, el acto médico de diagnóstico puede quedar fuera del alcance de la aplicación de la lex artis” es precisamente el principio que establece la necesaria implementación de una secuencia sistemática de pasos, recogida por aquel método científico que describe cuáles son las técnicas y como son **las acciones específicas para emitir un diagnóstico acertado.**

El diagnóstico puede descomponerse en dos etapas de actuaciones médicas: Una primera etapa, comienza con un simple interrogatorio que le realiza el médico al paciente, con respecto al estado y funcionamiento de cada uno de sus sistemas orgánicos y procede con el examen médico que va hasta con pruebas y análisis complementarios, simples o sofisticados, en la medida de la indicación de estos en el método científico.

Luego del interrogatorio, se realiza la exploración del paciente conducente a recolectar todos los síntomas o signos clínicos susceptibles de iluminar al médico, interpretarlos y deducir cual puede ser la naturaleza de la afección del paciente, encajando esa situación particular en un cuadro patológico conocido, para que, dentro de unos límites técnico- científico de diagnóstico, el médico agote en la medida de lo posible el conjunto de pruebas o análisis complementarios, que lo llevan a un diagnóstico acertado.

En esta primera etapa, antes de agotar aquellas pruebas complementarias o análisis paraclínicos que indican los criterios técnico- científicos de diagnóstico, el médico esta ante la posibilidad de emitir presunción diagnóstica o presunción de diagnósticos diferenciales.

(....)

En la segunda etapa, siguiendo la utilización del método científico de diagnóstico, una vez agotadas aquellas pruebas complementarias o análisis paraclínicos que indican los criterios técnico- científicos de diagnóstico, el médico recolecta todos los datos obtenidos en el proceso anterior, correspondiendo a la interpretación de aquellos datos, coordinándolos y relacionándolos entre sí, comparándolos y contrastándolos con los diversos cuadros patológicos ya conocidos por la ciencia médica, lo que le permite emitir un juicio de diagnóstico, puesto que emerge de las valoraciones realizadas en la exploración del paciente y en el resultado de las pruebas complementarias.

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

Por otro lado, frente al tema de prueba con respecto al acto médico del diagnóstico, se dejó dicho:

“72. EL MOTIVO DE CONSULTA Y LA ENFERMEDAD ACTUAL COMO INTERROGATORIO MEDICO

Siendo el motivo de consulta el que define el síntoma o signo guía que permite reconstruir la historia de la enfermedad actual del paciente, se convierte en la parte central de la entrevista que se debe dar entre el paciente y el médico, ya que recoge la esencia de aquello que llevo al enfermo a buscar ayuda médica (supra 31). Es por tanto que, de manera precisa, se debe registrare la explicación del paciente con respecto a lo que este siente, especificando sus molestias de manera cronológica.

Una vez agotado el registro del motivo de consulta, el médico realiza al paciente, de manera elaborada y dirigida, un interrogatorio denominado enfermedad actual (supra 32) que precisa la determinación del síntoma o signo relatado por el paciente en el motivo de consulta, preguntando el momento en el que se inició y las relaciones con respecto a otros temas, síntomas o signos, la forma de presentación y localización del síntoma, su cualidad, intensidad y temporalidad, factores desencadenantes o agravantes y factores que lo alivian; además, el patrón tipo o manera en que se manifiesta el signo, sus variaciones en el tiempo y relación con síntomas.

Por las características fundamentales tan precisas que persigue el motivo de consulta y la enfermedad actual, el tema de prueba en conflictos jurídicos de responsabilidad medica asistencial que versan con respecto al acto médico de diagnóstico, deben enfocarse de manera específica en tales secuencias.

(...)

73. REVISIÓN POR SISTEMAS COMO INTERROGATORIO MEDICO

Como el interrogatorio de la revisión por sistemas de todo el organismo realizado por el médico al paciente constituye un complemento ineludible de la enfermedad actual (supra 35), todo con la finalidad de reconocer enfermedades que no guardan relación con el cuadro sintomatológico registrado en el interrogatorio de la enfermedad actual, es decir, reconocer enfermedades que no están reflejadas de manera directa con los signos y síntomas actuales relatados en motivo de consulta y enfermedad actual, la sistematización de dicho interrogatorio se debe realizar tomando en cuenta los órganos de diferentes aparatos en cada segmento del cuerpo.

(...)

74. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES COMO INTERROGATORIO MÉDICO

Partiendo de la base que los antecedentes personales y familiares son datos que al ser integrados todos los demás de la historia clínica, ayudan a aclarar puntos de la misma, puesto que se incluye el interrogatorio sobre los llamados hábitos o antecedentes fisiológicos, necesarios para conocer la forma de vida del individuo en estado de salud y su entorno, las sistematización de dicho interrogatorio se debe realizar de manera razonable y eficaz pendiente a incluir costumbres y hábitos del paciente, manifestaciones y situaciones particulares de salud y enfermedad y en relación con su familia, relaciones y exposiciones con su entorno (supra36).

(...)

75. EXPLORACIÓN FÍSICA COMO TRABAJO CLÍNICO DE DIAGNOSTICO

Como conducta en el trabajo clínico de diagnóstico el médico aplica sus cinco sentidos, explora en el paciente aquellas alteraciones o datos que, junto a los aportados por la anamnesis o interrogatorio, posibilitan, orientan y permiten conocer la enfermedad del paciente (supra 37).

(...)

Esta exploración física debe realizarse de manera completa, sistemática y metódicamente posible, siguiendo una ordenación por aparatos o sistemas, o

bien un orden físico descendiendo del cabeza a los pies, precedido de una medición antropométrica (peso y talla) y una toma de constantes como son, la temperatura, la frecuencia del pulso, la frecuencia respiratoria y la presión arterial.

(...)

76. EL PROCEDIMIENTO DE LA ELABORACIÓN DEL DIAGNÓSTICO

El procedimiento de la elaboración del diagnóstico (supra 46) comienza cuando se inicia el acopio de datos de la historia clínica y la entrevista médica. Las informaciones iniciales comienzan con el motivo de consulta que define el síntoma o signo quía que permite reconstruir la historia de la enfermedad actual del paciente; sigue con la enfermedad actual, que consiste en el interrogatorio que le hace el médico al paciente de manera elaborada y dirigida con la finalidad de precisar la determinación del síntoma o signo relatado por un paciente en el motivo de consulta (supra 33, 34); **continúa con la revisión por sistemas de todo el organismo del paciente, realizado por el interrogatorio que le hace el médico, lo que permite reconocer enfermedades que no guardan relación con el cuadro sintomatológico registrado en el interrogatorio de la enfermedad actual** (supra 32); el interrogatorio del médico termina con la recolección de las respuestas del paciente en cuanto a los antecedentes personales y familiares, lo que ayuda a aclarar puntos oscuros de la historia clínica (supra 36). Una vez recolectada esta información en la historia clínica, el médico empieza con la exploración física del paciente, iniciando con la medición antropométrica (peso y talla) y una toma de constantes como son, la temperatura, la frecuencia del pulso, la frecuencia respiratoria y la presión arterial, y siguiendo con el examen físico del paciente, ordenado por aparatos o sistemas, o bien, por orden físico descendiendo de la cabeza a los pies (supra 37).

En esta primera etapa del procedimiento de diagnóstico, en el que el médico completa el contacto personal con el paciente mediante la exploración física, se alcanza la posibilidad de emitirse un diagnóstico de presunción o provisional, o diagnósticos diferenciales; a no ser que se cuente con una razón lógica que permite establecer un juicio de diagnóstico. Posteriormente, mediante la realización de determinadas exploraciones complementarias se confirma o descarta el, o los diagnósticos diferenciales provisionales o de presunción, obteniendo el diagnóstico definitivo (supra 43, 44).

Como el juicio de diagnóstico, como segunda etapa del procedimiento de diagnóstico (supra 45), es el ejercicio intelectual por el cual el médico intenta determinar la enfermedad de base de un paciente a partir de una serie de manifestaciones que pueden ser expresadas por el paciente denominadas síntomas, o expresadas o no por el paciente y demostrables mediante el examen físico llamados signos, y demostradas por exámenes auxiliares denominados “paraclínicos” que son los indicados por el método científico, el diagnóstico podría ser clínico, el cual requiere tener en cuenta los aspectos de la lógica, análisis y síntesis, utilizando diversas herramientas como la anamnesis o interrogatorio, la exploración física y exploraciones complementarias. Es por tanto, que las enseñanzas metodológicas y cursos de estudio sobre enfermedades indican las vías más seguras para alcanzar el diagnóstico acertado, el científicamente más probable, por lo que constituyen los límites técnico dentro de los cuales puede desenvolverse la función discrecional del médico (supra 45, 46). Y es que como se habla de alcanzar el diagnóstico acertado, el científicamente más probable, porque el razonamiento de diagnóstico se basa en unas relaciones estadísticas entre las variables clínicas y una verosimilitud diagnóstica explicada por un determinado modelo o por un determinativo que se basa en el empleo de sencillas reglas clínicas derivadas de la práctica (supra 45, 46), con la sospecha clínica que se establece una hipótesis diagnóstica o diagnóstico de trabajo que constituye una de las etapas fundamentales del trabajo clínico (supra 43), esta habrá de ser puesta a prueba para confirmarla o descartarla, para lo cual puede ser necesario realizar nuevas exploraciones complementaria o exámenes auxiliares “paraclínicos” seleccionados racionalmente de acuerdo a unos principios metodológicos-científicos (supra 45,46), los que son sometidos a su correspondiente interpretación (supra 45,46).

El tema de prueba en conflictos jurídicos de responsabilidad médica asistencial que versan con respecto al procedimiento de elaboración del

diagnóstico debe contemplar aspectos de calidad de la información en las dimensiones de su exactitud o fidelidad, puesto que acertar en un diagnóstico depende de la sensibilidad y especificidad de la información recogida, lo que conlleva a exigirse una precisión o capacidad de reproducir información o de medición, alcanzada por la presencia de datos o pruebas específicas con capacidad para identificar positivos diagnósticos, o para diferenciar lo que está o no está afectado patológicamente, y que se agota en la medida de lo posible en las etapas de diagnóstico. (subrayado, negrilla y tamaño de fuente fuera de texto)

De la doctrina antes relacionada, se concluye que el proceso diagnóstico se cumple con una serie de etapas que deben cumplirse de manera ordenada, completa y minuciosa, con miras a llegar a un diagnóstico acertado, pues de lo contrario, dicho diagnóstico no correspondería a la patología que en algún momento pudiese presentar algún paciente en atención; y teniendo presente lo que se considera como proceso diagnóstico, de lo probado en el caso que es objeto de estudio, podemos concluir, diferente a la conclusión a priori arribada por el Despacho judicial de primera instancia, lo siguiente:

- No se realizó un completo examen físico a la paciente, pues de la historia clínica existente en el folio 39 a 41 del cuaderno 2, no existe prueba que así lo demuestre.

Y como puede observarse de la prueba pericial realizada por la Dra. Ana María Escobar Falcón, esta anota dentro de la audiencia del 03 de octubre, cuando se le pidió aclaración acerca de varios términos médicos, entre ellos el nistagmus, ataxia y tinitus; y cuando se le interrogó acerca de la importancia de la presencia de estos síntomas para determinar la conducta a seguir, el médico perito se pronunció al indicar:

“Doctora puede manifestarle a la audiencia que es el síntoma de tinitus.

R/: Tinitus es la sensación de pito en el oído, eso nos orienta más para saber si el vértigo es de origen periférico.

Podría aclarar si conforme la pericia rendida por usted, si a la paciente Mercedes Toro de Gómez se le hizo valoración sobre la presencia de ataxia o tinitus.

R/: No a la paciente no se interrogó según la historia si había tinitus, según los datos, y no se valoró por completo la ataxia, por lo menos no se registró en el examen físico, ni tampoco en la revisión por sistemas que es cuando interrogamos, tampoco aparece un complemento allí.

Doctora podría describirnos que es el nistagmus, y si es importante para descartar el origen del vértigo.

R/: Si, los dos puntos más importantes cuando se hace el examen del vértigo de una paciente con vértigo, son el nistagmus y la ataxia, el nistagmus es el movimiento ocular de los ojos básicamente cuando se evalúa, el nistagmus es diferente cuando es periférico o central, cuando es periférico el movimiento es horizontal, mientras cuando es de origen central el nistagmus no es horizontal y puede ser a cualquier dirección, y cuando uno le pide al paciente que mire hacia un punto fijo el paciente sigue presentando los movimientos, y la ataxia es otro punto importante para evaluar la marcha, para diferenciar cuales de los tipos de vértigo se trata.

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

A la paciente se le realizaron maniobras durante el examen médico para verificar o facilitar el diagnóstico de vértigo paroxístico.

R/: Pues por lo menos no se registraron si se realizaron, al examen físico no se registraron, el nistagmus es importante y no aparece nada sobre el nistagmus, no aparece nada sobre la marcha, y hay un examen que se llama la maniobra de helmsalpaig (sic), que es el examen para valorar el tipo de nistagmus, ese examen nos permite durante el examen físico tener una sensibilidad del 88% para evaluar si se trata de un vértigo periférico o un vértigo paroxístico benigno específicamente y no aparece registrado.

Doctora conforme su pericia en el literal a), donde anota que no se describe nistagmus, que existe presencia de inapetencia y ataxia, pero no se hace énfasis en la intensidad de la ataxia, que podría ser un factor diferenciador, y sobre el hecho de no interrogar respecto de la presencia de tinitus; bajo estas precisas anotaciones considera usted que la valoración inicial a la paciente Mercedes Toro de Gómez estuvo completa.

R/: Por lo que aparece, no aparece completa la revisión.

La falencia de estos precisos puntos por usted anotados, podrían conllevar a un diagnóstico y tratamiento adecuado.

R/: Pues la falencia de los mismos podría llevar a un diagnóstico errado, lo que sucede es que más del 90% de los vértigos son de origen periférico, entonces generalmente se trata al paciente y al paciente le va bien, porque estadísticamente hablando es lo más probable, por eso yo pienso que ese tipo de pacientes es importante hacerle un periodo de observación, donde se evalué y de acuerdo a eso hacerle un examen más completo, para saber cómo va el paciente, la respuesta del paciente y si es necesario hacer otro tipo de estudios.

- De otro lado, respecto del correcto diligenciamiento de la historia clínica, la perito procedió a indicar cuando se le pregunto sobre la presencia de hipertensión arterial, alteración en la marcha en la atención en urgencias del 05 de marzo de 2014, y la consigna en la revisión por sistemas frente el sistema neurológico como normal, esta galena expresó: "Pues realmente había hipertensión sistólica entonces no debía anotarse que estaba normal, en el examen físico en ese punto".

De igual manera, los galenos traídos a interrogatorio, frente a este aspecto, manifestaron:

DR. JOSE FERNANDO GOMEZ GONZALEZ

La hipertensión sistólica aislada es normal o no es normal.

R/: No es normal.

DR. HENRY HURTADO OSPINA

*"Esa presión arterial de 160/80 puede catalogarse como una hipertensión sistólica aislada. R/: **Es que es catalogada así.***

*Esa hipertensión sistólica aislada es o no es normal. R/: **No, no es normal en esta paciente de tenerla de 160/80.***

Quando se le pregunto a la perito que conforme su experticia, si la historia clínica estuvo bien diligenciada y si los procedimientos médicos cumplieron con la lex artis, esta manifestó: **"Básicamente acorde a lo que está registrado en la historia clínica, no se le realizó un examen físico completo, no sabemos si se interrogaron completamente todos los síntomas, especialmente en la revisión por sistemas en lo que respecta a la parte neurológica y no hubo un periodo de observación. Si se hubiese realizado las valoraciones físicas por nistagmus, severidad de la ataxia, la**

marcha, cambios motores y sensitivos, disimetría o reflejos anormales, así como realizar un periodo de observación, y se hubiesen agotado los estudios requeridos como revisión por imágenes tipo tomografía axial computarizada de cráneo simple; hubiesen permitido tener un tratamiento más adecuado.”; así las

cosas, puede apreciarse no solo por jurisprudencia o doctrinaria, sino que también probatoriamente, que en el caso presente, a la señora Mercedes Toro de Gómez no se le hizo un completo y adecuado examen físico que estuviese correctamente reflejado en la historia clínica y que se acompasara con los protocolos y procedimientos médicos, pues la historia clínica como documento privado es la prueba trascendental para demostrar la práctica médica, reflejando entonces que la entidad demandada a través de sus galenos, no puso a disposición todos los elementos médicos indispensables para la valoración, diagnóstico y tratamiento de la patología o sintomatología por la cual acudió la señora Toro de Gómez, situación que echó de menos y nunca fue valorada de forma adecuada por el fallador de instancia, al momento de concluir con la decisión que hoy se cuestiona en sede judicial, la cual se demuestra y evidencia una clara omisión o defecto factico en su emisión, así como un claro desconocimiento de los precedentes jurisprudenciales en materia del proceso de juicio diagnóstico y de la historia clínica y su diligenciamiento, los cuales nunca fueron objeto de reparo por el A-quo, pese a que la ley y la jurisprudencia son claros y vinculantes sobre la materia.

- En lo que respecta a los antecedentes personales y familiares de la señora Mercedes Toro de Gómez, se tiene que en la historia clínica visible a folios 39 a 41 del cuaderno 2, registrada por la ESE Salud Pereira, se anotaron (Diabetes Mellitus e Hipertensión), y sobre los mismos, se tiene que son factores de riesgo ampliamente reconocidos como tales, pues cuando se le pregunto a los galenos acerca de los factores de riesgo para un ACV (Accidente Cerebro Vascular), estos dijeron:

DR. CARLOS ALBERTO MARULANDA VALENCIA

Cuáles son las causas de un accidente cardiovascular isquémico.

R/: La hipertensión, que es la principal causa, o enfermedades como la diabetes que son como los más importantes.

DR. DIEGO ANDRES OSORNO CHICA

Cuál es la causa de la patología que usted refiere ECV fosa posterior de alto riesgo de enclavamiento cerebrovascular.

R/: La causa es una oclusión vascular aguda o crónica que se agudiza, en personas que tienen factores de riesgo, generalmente factores de riesgo que nosotros llamamos factores de riesgo cardiovascular (Diabéticos, hipertensos, la edad como factor de riesgo, el tabaquismo, o alguna patología metabólica asociada), esa es la causa patológica de base.

DR. DAVID ANTONIO RAMOS GONZALEZ

En la nota clínica del 09 de marzo a las 11:27, usted anota paciente en malas condiciones generales, hipertensa y diabética de base, sin cambios, accidente cerebrovascular isquémico territorio de art media izquierda, los antecedentes de hipertensión y diabetes son factores de riesgo para un accidente cerebro vascular.

R/: Importantes, muy muy importantes, son factores de riesgo importantes.

DR. JOSE JOAQUIN CASTAÑO LOPEZ

Conforme esas características de la paciente (sexta vida, hipertensa y diabética), esas condiciones son propias o constituyen factores de riesgo para un ACV.

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

R/: Si efectivamente.

DR. JOSE FERNANDO GOMEZ GONZALEZ

La hipertensión es un factor de riesgo para un ACV.

R/: Si.

Que otros factores de riesgo existen.

R/: La hipertensión arterial, el tabaquismo, el sedentarismo, algunos medicamentos pueden influir en riesgos de pro trombosis, las enfermedades genéticas que alteran la coagulación pueden generar eventos de este tipo, las malformaciones vasculares, entre otros.

La diabetes es un factor de riesgo igualmente para desencadenar un ACV.

R/: Si señor.

DR. DAVID RICARDO ECHEVERRI PIEDRAHITA

La hipertensión es un factor de riesgo para un ACV.

R/: Si.

Que otros factores de riesgo existen.

R/: Antecedentes familiares, edad, hipertensión, diabetes, el mal manejo e inadecuada alimentación, el cigarrillo.

DR. HENRY HURTADO OSPINA

Cuáles son los factores de riesgo para un ACV.

R/: Son múltiples doctor, entre ellos que estuviesen presentes, la diabetes mellitus como presentaba la paciente, la hipertensión arterial, el sedentarismo, el tabaquismo, la no adherencia a los medicamentos así no se tengas las patologías relacionadas por mí, eventos muy apartes de un sistema nervioso central como son por ejemplo las venas varices que dan probabilidad altísima de que se formen coágulos y trovos que drenan ocasionando ACV.

Así entonces, no cabe duda alguna concluir bajo los parámetros doctrinales y de lo probado dentro del proceso, que no existió un examen completo a la paciente, no hubo un proceso diagnóstico juicioso diligente, completo y acorde a los protocolos médicos, que evidenciara diligencia y oportunidad en la prestación del servicio médico, en donde se realizara todo un proceso de juicio diagnóstico que tuviera en cuenta los antecedentes personales y familiares, una entrevista y examen físico completo, lo cual pudiese llevar a un diagnóstico certero y un tratamiento adecuado, pues por el contrario quedaron demostradas las irregularidades en la valoración a la paciente de sus antecedentes, en la consignación de datos precisos y completos en la historia clínica, en la valoración física adecuada que tuviese en cuenta tales factores de riesgo, así como también que se utilizaran todos los medios que estuviesen a su disposición, tales como ayudas diagnósticas o exámenes paraclínicos, que como se probó en el dictamen pericial, si existían y podían lograr descartar otras patologías y lograr un diagnóstico más certero, lo que constituye un claro error en el

diagnóstico y una clara pérdida de oportunidad para la mejoría del estado clínico de la paciente para ese momento.

Inclusive, es tan demostrable las inconsistencias que se tuvo en el correcto y juicioso diligenciamiento de la historia clínica, que el mismo galeno involucrado, pese a que nunca tuvo en cuenta los antecedentes de hipertensión y diabetes mellitus que tenía la paciente, así como tampoco el grado anormal de tensión arterial que presentaba al ingreso de la paciente (160/80), la cual fue catalogada por el galeno Hipertensión estadio 2, expuso en su testimonio **que fue un error lo que se anotó, puesto que lo que tenía era una hipertensión estadio 1**, y manifestó:

“Al momento del examen físico la señora Toro de Gómez registra tensión arterial de 160/80 y se anota hipertensión estadio 2, que significa ello.

R/: Eso es un formato que sale mecánicamente y lo estipula quien desarrollo el software de las historias clínicas en urgencias y consulta externa, esa hipertensión no es estadio 2 sino estadio 1, la presión que la paciente presentaba no era un riesgo de poder predecir un ACV.

Ese error al que usted hace referencia no lo deben revisar al momento de hacer las consignas en la historia clínica.

R/: En mi caso yo vuelvo y tomo la presión arterial y volví y encontré la misma, por ende, no había que cambiar.”

Situación ilógica y contradictoria, donde el galeno no explica en forma alguna las inconsistencias en la consigna de la historia clínica, lo cual refleja un análisis o proceso diagnóstico incompleto o errado; y no obstante lo anterior, vale la pena resaltar igualmente que de todas formas las cifras tensionales si representaban un grado anormal de la tensión arterial, bien conocida como hipertensión sistólica aislada, que fue catalogada como anormal por todos los galenos que rindieron testimonio, de esta manera, si no era una tensión arterial normal, y si se estaba en presencia de una paciente con antecedentes de hipertensión y diabetes, erró el personal médico que dispensó atención para el día 05 de marzo de 2014, a su deber de diligencia y cuidado al no tener presente estas cifras tensionales anormales, hechos, circunstancias y pruebas que no fueron de análisis o valoración por el Juez A-quo, con las cuales la realidad fáctica reclamada debía cambiar en el fallo que hoy es objeto de sede constitucional.

Por otro lado, es imperativo rebatir el argumento escueto del Despacho judicial de primera instancia, al indicar que si bien la historia clínica no tenía consignados ciertos elementos o manifestaciones de la paciente, lo cierto es que el médico tratante en su declaración manifestó que si hizo todas las actuaciones adecuadas, dando así el Juez A-quo plena y total credibilidad al médico involucrado en la mala atención médica, con la gravedad que aquí el Juez está invirtiendo la carga dinámica de la prueba, y de contera está desconociendo todo el grueso del material probatorio, incluidos testimonios, **PRUEBA DOCUMENTAL Y PERICIAL**, que reflejan lo contrario, siendo ello una conclusión incompleta, que no refleja un estudio juicioso de ponderación y valoración de peso probatorio, y solo refleja el hecho de la omisión clara del Despacho cuestionado en valorar pruebas de suficiente peso, e inclusive, esa omisión como se dice, desconoce preceptos legales y postulados jurisprudenciales que han sido pacíficos y reiterados en el tiempo en establecer las responsabilidades de las instituciones médicas y de los galenos al momento de diligenciar la historia clínica como instrumento único de prueba del proceso y juicio de diagnóstico médico.

Por lo anterior, para dar mayor claridad y justificar lo aquí alegado, es pertinente hacer referencia a los reiterados pronunciamientos jurisprudenciales de la Sección Tercera del Consejo de Estado, desde el año 2009 al año 2017, que respaldan los argumentos que se

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

han venido exponiendo por el suscrito, y que puede resaltarse dichos pronunciamientos, así:

CONSEJO DE ESTADO

SECCION TERCERA

Sentencia del 12 de febrero de 2009

Radicado No. 25000-23-26-000-1994-00175-01 (16147)

“4.1. Historia clínica y Necropsia

4.1.1. Historia clínica

En primer lugar, conviene advertir que dentro de la normatividad colombiana se encuentra definido este elemento determinante para la práctica médica. La Ley 23 de 1981 señala:

“ARTICULO 34. La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado sometido a reserva que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley.

ARTICULO 35. En las entidades del Sistema Nacional de Salud la Historia Clínica estará ceñida a los modelos implantados por el Ministerio de Salud.

ARTICULO 36. En todos los casos la Historia Clínica deberá diligenciarse con claridad.” (Subrayado fuera de texto)

(....)

Si bien es cierto que a la fecha en que ocurrió el evento que da lugar al presente proceso no había entrado a regir la Resolución 1999 de 1995, también es cierto que la obligación de consignar las condiciones de salud del paciente dentro de la Historia Clínica es algo que se encuentra prescrito dentro de nuestro ordenamiento jurídico en la ley 23 de 1981, e incluso antes de esta norma, se daba cuenta de tales obligaciones en los protocolos médicos respectivos.

En concreto, la Historia Clínica de Jesús Antonio Herrán Abril, aportada al proceso en copia auténtica del original², acredita lo siguiente:

- Motivo de consulta: diarrea, fiebre;
- Enfermedad actual: diarrea de cinco días de evolución (acuosa, fétida), fiebre no cuantificada, consultó a médico particular, recibió Metrozin, ibuprofeno. Sin mejoría;
- Revisión por sistemas: polidipsia;
- Antecedentes: diarrea con frecuencia, blenorragia;
- Examen físico: paciente febril al tacto, deshidratación grado 2, lengua saburral;
- Tensión arterial: 100/60 mmHg. Pulso 100 por minuto.
- Ruidos cardíacos arrítmicos por taquicardia. Auscultación cardiopulmonar OK
- Abdomen blando depresible, no dolor, no signos peritoneales, ruidos intestinales presentes;
- Diagnóstico: enfermedad diarréica aguda (colitis bacteriana) deshidratación grado 1;
- Se solicita cuadro hemático coproscópico. Diarréico abundantes leucocitos. Cuadro hemático leucocitos 13000;
- Se formula Bactrim más dieta;

De conformidad con los pronunciamientos de la Sección Tercera del Consejo de Estado, “...el carácter completo y permanente de la historia clínica es condición de calidad de los cuidados médicos o de la correcta asistencia facultativa...”³, razón por la cual en el presente caso se determinará, posteriormente, si el personal médico cumplió con las obligaciones que le son propias respecto de la plenitud y coherencia en información que debe ser incorporada.

(....)

4.2. Consideraciones de la Sala. Diagnóstico incompleto o errado.

² Folio 20, Cuaderno 2

³ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Sentencia de 10 de febrero de 2000, Radicación 11878, Actor Josué Reinaldo Durán Serrano y otros, C.p. Alir Eduardo Hernández Enríquez

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

Como punto de partida, es indispensable señalar que existe una diferencia sustancial entre el diagnóstico dado al paciente y la necropsia. En el primero, se concluyó que el señor Herrán padecía enfermedad diarreica aguda, mientras que en la segunda se definió que la causa de su muerte había sido insuficiencia respiratoria por neumonía.

Lo anterior constituye un claro caso de diagnóstico incompleto o errado puesto que si bien es cierto que el paciente adolecía de diarrea, también lo es que de manera concomitante con esta padecía de neumonía, y que fue esta última la que le causó la muerte. Acerca de la naturaleza e importancia del diagnóstico, la doctrina jurídica especializada ha dicho⁴:

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

(...)

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

En una segunda etapa, una vez recogidos todos los datos obtenidos en el proceso anterior, corresponde el análisis de los mismos y su interpretación, “coordinándolos y relacionándolos entre sí, siendo también precisa su comparación y contraste con los diversos cuadros patológicos ya conocidos por la ciencia médica; es decir, se trata, en suma, una vez efectuadas las correspondientes valoraciones de emitir un juicio.” (Subrayado fuera de texto)

La Sección Tercera del Consejo de Estado, en reiteradas oportunidades, se ha referido a las diferencias que se presentan entre el diagnóstico y el estado real del paciente, y a la forma como tales diferencias o errores pueden generar responsabilidad a cargo de la entidad encargada de la prestación del servicio médico asistencial.

Ha dicho la Sala:

“...resulta evidente la omisión en que incurrió la entidad demandada al no efectuar un diagnóstico oportuno de la dolencia que aquejaba a la paciente, quien se hallaba en el estadio post operatorio y presentaba síntomas de infección, a pesar de lo cual no fue sometida oportunamente a todos los exámenes necesarios para determinar el origen de la misma, que finalmente vino a establecerse únicamente en la necropsia, pero que de haberse descubierto y tratado a tiempo, habría permitido evitar el deceso de la señora Marieth Torres López. Para la Sala, esa ausencia de diagnóstico y tratamiento oportunos, constituye una clara falla del servicio...”⁵ (Subrayado fuera de texto)

“El material probatorio representa que la causa del daño es consecuencia eficiente y determinante de la medicación a la paciente de estreptomycin en consideración al diagnóstico errado de tuberculosis... Si la Caja hubiese sido más cuidadosa y diligente habría dispuesto los procedimientos necesarios para evaluar todos los síntomas de la paciente y con la evaluación correcta podría haber realizado un diagnóstico acertado y un tratamiento acorde con el real estado de la enferma”⁶ (Subrayado fuera de texto)

⁴ R. Vásquez Ferreira, Daños y perjuicios en el ejercicio de la medicina, Hammurabi José Luis Depalma, 2 ed. Buenos Aires, 2002, p. 106 – 107

⁵ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Sentencia de 11 de mayo de 2006, Radicación 14400, Actor: Lino Antonio Amórtegui, C.p. Ramiro Saavedra Becerra

⁶ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Sentencia de 22 de junio de 2001, Radicación 12701, Actor: Mariela Martínez de Fonseca, C.p. María Elena Giraldo

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

*“La muerte se produjo, sin duda, debido a la falta de tratamiento oportuno de la patología presentada, lo que, a su vez, tuvo por causa el no esclarecimiento a tiempo del diagnóstico. La Sala encuentra acreditada la responsabilidad de la Universidad Industrial de Santander en el presente caso. En efecto, está demostrado que esta institución no utilizó debidamente todos los medios que estaban a su alcance para esclarecer el diagnóstico de Javier Durán Gómez, lo que, a su vez, impidió realizar oportunamente el tratamiento indicado, hecho que ocasionó la muerte del joven estudiante.”*⁷ (Subrayado fuera de texto)

Ahora bien, la existencia de un diagnóstico errado no implica de suyo que haya responsabilidad por parte de la entidad prestadora del servicio médico puesto que la ciencia médica es susceptible de emitir diferentes juicios respecto de una misma situación clínica y, en consecuencia, puede haber equivocaciones en el diagnóstico y tratamiento correspondientes. Por tal razón, la Sección Tercera del Consejo de Estado ha explicado en qué consiste la falla en el servicio médico con ocasión de un diagnóstico al decir que:

*“...lo que debe evaluarse, en cada caso, es si se utilizaron todos los recursos, esto es, si se practicaron los procedimientos adecuados para llegar a un diagnóstico acertado... Al médico no le es cuestionable el error en sí mismo, sino el comportamiento inexcusable que lo llevó a cometerlo. El error que exime de responsabilidad no ha de ser una anomalía en la conducta, sino una equivocación en el juicio, por lo que se hace necesario investigar si el galeno adoptó todas las previsiones aconsejadas por la ciencia para elaborar el diagnóstico.”*⁸

En el sub iudice, se puede advertir que la historia clínica presenta falencias y contradicciones que llevaron a que el diagnóstico fuera incompleto o errado, es decir, que más que un error en el juicio hecho sobre la valoración clínica, se trata de un error derivado de las omisiones y faltas en la evaluación de las condiciones de salud del paciente, por no haberse tomado todas las medidas necesarias para examinarlo completamente. En concreto, observa la Sala que:

- No se registraron antecedentes quirúrgicos, posibilidades de contagio, ni antecedentes personales en relación con conductas de riesgo que pudieran implicar otras enfermedades o condiciones previas. Tampoco se registraron los signos vitales de frecuencia respiratoria, temperatura, saturación de oxígeno, ni aparece reporte sobre el estado neurológico del paciente;

- El examen físico se contradijo porque en el espacio correspondiente al estado general del paciente se señaló que tenía deshidratación grado 2 (esto es, signos clínicos de deshidratación como mucosas secas, ojos hundidos, piel seca), y en el diagnóstico, en el revés del documento, se dijo que la deshidratación era grado 1 (solamente sed); también se contradijo en las anotaciones hechas respecto de la auscultación cardiopulmonar: de una parte se consignó dentro de la historia clínica que el paciente acusaba ruidos cardíacos arrítmicos, y de la otra, que la auscultación cardiopulmonar era “O.K.”.

- Se consignó en la historia clínica que el paciente tenía diarreas con frecuencia, pero no se habló de los tratamientos recibidos, ni de la evolución de estos cuadros, con excepción de la enfermedad actual, respecto de la cual se dijo que había consultado un médico particular y que le había formulado “Metrozin”;

- En relación con el cuadro hemático y el informe coproscópico del paciente, cuyos resultados se refieren dentro de la historia clínica, no se encuentra ninguna otra evidencia en el expediente de que hayan sido practicados, ni de sus resultados, por cuanto no fueron remitidos al proceso por la entidad demandada a pesar de que le fue ordenado por parte del a quo que hiciera llegar la historia clínica con todos los antecedentes y documentos anexos;

De todo lo anterior se puede concluir que hubo omisiones y equivocaciones que indiscutiblemente influyeron en que el diagnóstico fuera incompleto o errado, de suerte que no se trató de un error de juicio del personal médico, sino de un evento claro de no utilización de todos los medios con los que se contaba, en un hospital

⁷ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Sentencia de 10 de febrero de 2000, Radicación 11878, Actor Josué Reinaldo Durán Serrano y otros, C.p. Alier Eduardo Hernández Enríquez

⁸ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Sentencia de 10 de febrero de 2000, Radicación 11878, Actor Josué Reinaldo Durán Serrano y otros, C.p. Alier Eduardo Hernández Enríquez

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

de tercer nivel, para hacer un examen físico completo y una valoración debida del estado de salud del paciente. (subrayado y negrilla fuera de texto)

CONSEJO DE ESTADO

SECCION TERCERA - SUBSECCION A

Consejero ponente: Dr. Mauricio Fajardo Gómez

Sentencia del 27 de abril de 2011

Radicado No. 52001-23-31-000-1998-00157-01 (19192)

“5.- Responsabilidad de la parte demandada.

La Sala encuentra probado el daño antijurídico causado a los demandantes, consistente en la muerte del señor Mario Fernando Osejo Martínez, acaecida el 28 de marzo de 1997 dentro de las instalaciones del I.S.S., de San Juan de Pasto.

La Corporación encuentra igualmente la existencia de la deprecada falla en el servicio, por cuanto se probó en el proceso que la atención médica suministrada al paciente fue inadecuada en el sentido de que se dispuso su salida del centro hospitalario, no obstante que no se había recuperado completamente de las dolencias que lo aquejaban y además no se había determinado, de manera concreta, cuál era la patología que presentaba.

En efecto, el material probatorio evidencia que la víctima ingresó en dos ocasiones al I.S.S., debido a que tenía unas dolencias abdominales; la primera de ellas en la mañana, frente a lo cual recibió la atención médico-asistencial antes señalada y una segunda en horas de la noche, porque las deficiencias iniciales no se combatieron y persistieron, lo cual dio lugar a que la víctima debiese acudir nuevamente al centro asistencial, sin que obren en el historial clínico las razones por las cuales se dispuso la salida del paciente de la entidad hospitalaria, vacío que también se encuentra reflejado en el acta del Comité ad-hoc de la entidad, toda vez que allí tampoco se registró cuál fue la causa que dio lugar a que el señor Osejo Martínez hubiere sido dado de alta del hospital y que, a juicio de la propia entidad “... *no era la más pertinente, pues se debió complementar el estudio con otros exámenes de apoyo diagnóstico, según la evolución y dejar en observación*”.

La Sección Tercera de la Corporación se ha pronunciado insistentemente respecto de la necesidad de elaborar historias clínicas claras, fidedignas y completas, las cuales permitan garantizar el adecuado seguimiento y el acierto en el diagnóstico y en la atención de los pacientes, aspecto que no fue tenido en cuenta en este caso por la entidad demandada, comoquiera que dentro del historial clínico de la víctima no se detalló su salida del centro hospitalario ni mucho menos las razones que llevaron a tal determinación por parte del personal médico, omisión que constituye una inobservancia a lo dispuesto en la Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud, según la cual:

“ARTICULO 1. DEFINICIONES.

a. La Historia Clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.

b. Estado de salud: El estado de salud del paciente se registra en los datos e informes acerca de la condición somática, psíquica, social, cultural, económica y medioambiental que pueden incidir en la salud del usuario.

“.....

“ARTICULO 3. CARACTERISTICAS DE LA HISTORIA CLINICA.

Las características básicas son:

Integralidad: La historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

Secuencialidad: Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario.

Racionalidad científica: Para los efectos de la presente resolución, es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo.

Disponibilidad: Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley.

Oportunidad: Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.”

(....)

Conviene igualmente destacar que frente a la(s) patología(s) que habría presentado la víctima no existió realmente una conclusión médica al respecto; al menos ello es lo que refleja la historia clínica del paciente, dado que si bien es cierto que se le practicaron un ecocardiograma y unos exámenes de laboratorio, también lo es que no aparece establecido cuáles fueron los hallazgos de los mismos, pues lo único que aparece al respecto es que los resultados se obtuvieron y que los mismos habrían sido analizados por un médico, sin que se hubieren detallado los hallazgos por parte del profesional de la medicina encargado de estudiar tales pruebas.

Nótese cómo en la historia clínica se indicó frente a ese aspecto únicamente lo siguiente: “Hora: 11:30 P.M. Se comenta el caso con el Dr. Castro, ordena se realice enzimas cardiacas y se evolucione al paciente con resultados de éstos”; “se reciben reportes de los exámenes de laboratorio y se informa al Dr. Castro, ordenando subir a piso, tomar pruebas de función cardiaca e informarle el resultado. Se informa a jefe de piso P/resultado de Laboratorio (Beatriz E)”; “Hora 12:30. Se reciben órdenes de Laboratorio las cuales se muestran al médico hospitalario, el paciente continúa con mucho dolor abdominal”.

Ocurre, sin embargo, que no se describieron cuáles fueron esos resultados de los exámenes y, por esa misma razón, la Sala concluye que frente a esa persona no existió, de manera cierta, un diagnóstico frente al cuadro clínico que presentaba, aspecto que cobra mayor fortaleza en la misma historia clínica, dentro de la cual se describieron, a título de interrogante, tres (3) patologías distintas, a saber: “1. Gastritis aguda?”; “2. Pancreatitis?” y/o “3. Perforación de úlcera péptica?”, sin que sea cierto, como lo manifestaron los médicos llamados en garantía, que gracias a los exámenes practicados se hubiere logrado descartar la existencia de esos „posibles” cuadros clínicos, pues, se reitera, ello no aparece descrito en modo alguno en la historia clínica.

Por el contrario, lo que esa prueba documental revela es que aunque se practicaron unos exámenes técnicos y de laboratorio, sus resultados –que al parecer se obtuvieron– no se describieron pese a que se habrían puesto en conocimiento del médico de turno, quien no elaboró –o al menos así lo refleja el acervo probatorio– informe alguno acerca de cuáles hallazgos le encontraron al paciente con ocasión de tales evaluaciones y, por ende, cuál(es) era(n) la(s) patología(s) por él presentada(s).

De conformidad con lo expuesto, la Sala estima que la prestación del servicio médico-asistencial suministrado por la entidad demandada al paciente fue indebido –e incluso denegado–, dado que se dispuso su salida del centro asistencial, no obstante que no había recuperado su salud y, lo que es peor, con desconocimiento de cuál era la patología que presentaba, todo lo cual comporta una evidente falla en el servicio, por virtud de la cual el I.S.S., sí está llamado a responder patrimonialmente.

Debe precisar igualmente la Sala que frente a este asunto podría predicarse la pérdida de oportunidad de la víctima en recuperar su salud –situación frente a la cual la Sección Tercera del Consejo de Estado ha declarado la responsabilidad patrimonial de la Nación por casos similares, ello ante la conducta irregular de la entidad que al disponer el retiro del paciente le impidió ser objeto de otros análisis y de estudios más especiales para determinar cuál era su enfermedad y, por ende, cuál debía ser el tratamiento a seguir

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

frente a la misma para tratar de salvarle su vida o al menos concederle el chance de recuperar su salud; sin embargo, en este caso se encuentra acreditada una falla en el servicio atribuible al ente demandado.”

CONSEJO DE ESTADO

SECCIÓN TERCERA SUBSECCIÓN C

Consejero ponente: Dr. Enrique Gil Botero

Sentencia del 25 de abril de 2012

Radicado No. 05-001-23-25-000-1994-2279-01 (21861)

“La historia clínica es definida por el diccionario de la Real Academia de la Lengua como la “Relación de los datos con significación médica referentes a un enfermo, al tratamiento al que se le somete y a la evolución de su enfermedad.”

La doctrina, en materia de derecho médico – sanitario, valora la historia clínica como algo más que una simple recopilación de datos del paciente, de hecho, otorga una importancia tal a ese instrumento, que lo considera no sólo una “biografía patológica de una persona”¹⁰, sino también como un “documento fundamental y elemental del saber médico, en donde se recoge la información confiada por el enfermo al médico para obtener el diagnóstico, el tratamiento y la posible curación de la enfermedad” Es así como este documento, en materia de responsabilidad médica, adquiere gran importancia en cuanto puede constituir un medio de prueba idóneo para determinar si las prestaciones médico asistenciales de que fue objeto el paciente se adecuaron a los procedimientos establecidos por la ciencia en ese campo.

En la legislación colombiana, la historia clínica es definida en el artículo 34 de la ley 23 de 1981 como:

“...el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado sometido a reserva que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos en la ley”

Posteriormente, el literal a) del artículo 1° de la resolución No. 1995 de 1999, proferida por el Ministerio de Salud, al reglamentar lo referente al manejo de las historias clínicas introdujo una definición más precisa, al establecer que era un registro cronológico de las condiciones de salud del paciente, donde además de su estado de salud se deben consignar todos los actos médicos y procedimiento que se le realicen no solo por los galenos, sino también por el equipo de salud que intervine en la prestación del servicio, al respecto la norma señala:

“a) La Historia Clínica es un documento privado obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.”

En este orden, se tiene que la historia clínica no es sólo una descripción del estado de salud de quien consulta o es atendido, sino que también es una secuencia de los procedimientos que se le realicen tanto por el médico tratante como por el equipo de salud (enfermeras y auxiliares) que lo asiste. De allí que, en la historia clínica se reflejen los actos médicos (diagnóstico y tratamiento), la evolución del paciente, la atención paramédica e inclusive los actos extra médicos.

En efecto, en sentencia del 19 de agosto de 2009, proferida por la Sección Tercera, se puntualizó:

“Así las cosas, la obligación médico – hospitalaria tiene origen en diversos actos relacionados con el servicio de atención en salud, según los lineamientos del profesor José Manuel Fernández Hierro, citado por el tratadista Alberto Bueres, en los siguientes términos:

“(...) Savatier hablaba de actos médicos y de actos hospitalarios (que se correspondían, respectivamente, con los que en el párrafo anterior identificamos como médicos y paramédicos). Sin embargo, en los últimos años, Fernández Hierro ha ensayado una clasificación que parece más completa. De tal suerte, se distinguen estos supuestos:

“1. Actos puramente médicos.- que son los de profesión realizados por el facultativo;

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

“2.- Actos paramédicos.- que vienen a ser las acciones preparatorias del acto médico y las posteriores a éste; por lo común, son llevadas a cabo por personal auxiliar para ejecutar órdenes del propio médico y para controlar al paciente (por ejemplo suministrar suero, inyectar calmantes o antibióticos –o proporcionarlos por vía oral–, controlar la tensión arterial, etcétera). También en esta categoría queda emplazada la obligación de seguridad que va referida al suministro de medicamentos en óptimas condiciones y el buen estado de salud en que deben encontrarse los instrumentos y aparatos médicos;

“3. Actos extramédicos.- están constituidos por los servicios de hostelería (alojamiento, manutención, etcétera), y por los que obedecen al cumplimiento del deber de seguridad de preservar la integridad física de los pacientes.”

“De todas formas, es bueno aclarar que la zona límite entre un acto médico y un acto paramédico constituye una quaestio facti, de donde la clasificación mencionada es de cierto modo elástica e indefinida. La palabra para es un prefijo que significa “junto a”, “al lado de” o “a un lado de”, vale decir que lo paramédico concerniría a los servicios que se prestan junto a los médicos o al lado (o a un lado) de ellos. La latitud de la expresión paramédico podría depender en ciertos casos no sólo de los hechos sino también de las interpretaciones.

“Comoquiera que sea, nos parece que la clasificación tripartita de Fernández Hierro, más allá de cualquier dificultad –que, por lo demás, siempre va a presentar toda división de especies– es completa y entonces merece ser aceptada.”

El citado documento tiene una importancia tal, que la resolución mencionada establece que todo prestador de servicios de salud que atiende por primera vez a un paciente debe realizar el proceso de apertura de historia clínica, y además, por disposición expresa, en ella deben constar todos los aspectos científicos técnicos y administrativos relativos a las diferentes fases de atención suministrada al usuario.

Determina la misma resolución que la historia clínica debe ser diligenciada de forma clara, legible, no puede contener tachones, enmendaduras o intercalaciones, tampoco puede presentar espacios en blanco ni utilizar siglas. Además, cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma.

Así mismo, el artículo 3 de la resolución en cita, dispone que la historia clínica tenga las siguientes características básicas:

“Integralidad: La historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.

“Secuencialidad: Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario.

“Racionalidad científica: Para los efectos de la presente resolución, es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo.

“Disponibilidad: Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley.

“Oportunidad: Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.” (Negrillas adicionales).

Es decir, no basta con la sola existencia de un documento donde se consignen los datos personales y médicos del paciente, los mismos deben tener una secuencia temporal y

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

ordenada, soportados en la ciencia médica, encontrarse disponibles y debidamente actualizados para permitir brindar al paciente una atención integral, eficaz y oportuna. Todo lo anterior, en aras de garantizar la protección del derecho fundamental involucrado en la atención médico – sanitaria, esto es, la salud.

En relación con los principios que gobiernan la atención médica, la Corte Constitucional ha precisado:

“-Debe ser integral:

“(...) la atención y el tratamiento a que tienen derecho los pertenecientes al sistema de seguridad social en salud cuyo estado de enfermedad esté afectando su integridad personal o su vida en condiciones dignas, son integrales; es decir, deben contener todo cuidado, suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes para el diagnóstico y el seguimiento, así como todo otro componente que el médico tratante valore como necesario para el pleno restablecimiento de la salud del paciente²¹ o para mitigar las dolencias que le impiden llevar su vida en mejores condiciones; y en tal dimensión, debe ser proporcionado a sus afiliados por las entidades encargadas de prestar el servicio público de la seguridad social en salud”

““En la medida en que las personas tienen derecho a que se les garantice el tratamiento de salud que requieran, integralmente, en especial si se trata de una enfermedad ‘catastrófica’ o si están comprometidas la vida o la integridad personal, las entidades territoriales no pueden dividir y fraccionar los servicios de salud requeridos por las personas.”

“-Debe ser oportuno:

“La jurisprudencia constitucional ha garantizado el derecho a acceder a los servicios de salud, libre de obstáculos burocráticos y administrativos. Así, por ejemplo, cuando por razones de carácter administrativo diferentes a las razonables de una administración diligente, una EPS demora un tratamiento médico al cual la persona tiene derecho, viola el derecho a la salud de ésta.²⁴ Los trámites burocráticos y administrativos que demoran irrazonablemente el acceso a un servicio de salud al que tienen derecho, y respetan el derecho de salud de las personas.”

“Con fundamento en el Decreto 1703 de 2002, cuyo artículo 40 prevé que “los trámites de verificación y autorización de servicios no podrán ser trasladados al usuario y serán de carga exclusiva de la institución prestadora de servicios y de la entidad de aseguramiento correspondiente”, la Corte Constitucional precisó que “se irrespeta el derecho de salud de los pacientes cuando se les niega el acceso a un servicio por no haber realizado un trámite interno que corresponde a la propia entidad, como por ejemplo, ‘la solicitud de la autorización de un servicio de salud no incluido dentro del POS al Comité Técnico Científico’.”

De acuerdo con la resolución referida, la historia clínica se compone de:

- i) La identificación de usuario, la cual se conforma con los datos personales del paciente, esto es, individualización (nombres y apellidos, estado civil, documento de identidad), fecha de nacimiento, edad, sexo, ocupación, dirección del domicilio, lugar de residencia, teléfonos de ubicación, empresa prestadora de salud o aseguradora a la que se encuentre afiliado y tipo de vinculación. Además de la reseña anterior, la norma exige consignar el nombre, el teléfono y el parentesco de la persona responsable del usuario, según sea el caso (menores de edad, personas impedidas, etc.)
- ii) El registro específico el cual es definido con el documento en el que se consignan los datos e informes de un tipo determinado de atención. Es propiamente la descripción de la naturaleza del servicio prestado al paciente.
- iii) Los anexos, esto es, los documentos que sustentan administrativa, técnica, científica y de manera legal los procedimientos y actuaciones realizadas al usuario. Por ejemplo: consentimientos informados, procedimientos, autorizaciones, exámenes paraclínicos, diagnósticos, de laboratorio, etc.

En la normativa colombiana que trata lo referente a la información contenida en las historias clínicas, se encuentra la resolución 2546 de 2 de julio de 1998, proferida por el Ministerio de Salud, que reglamentó los datos mínimos, las responsabilidades y los

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

flujos de información de prestaciones de salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La resolución indicada, define en su artículo 3° el denominado registro individual de atención como “el conjunto de datos relativos a la atención individual de consulta, procedimientos, hospitalización, atención de urgencias y acciones de promoción y prevención.” Y establece una obligación frente a los prestadores del servicio de salud en el sentido de que deben diligenciar los registros individuales de información “como soportes únicos de información de la atención, en forma sistemática y rutinaria de acuerdo con los contenidos mínimos de datos, para el pago de los servicios de salud por parte de las entidades administradoras de planes de beneficios.”

(....)

Como se puede observar la historia clínica es un documento con características especiales que amerita un manejo determinado, no sólo por los que las elaboran y las archivan, sino también por quienes las interpretan. Se convierte pues, en un registro especial y particular que al margen de concentrar toda la información relacionada con la atención del paciente, sus diferentes síntomas, signos, las patologías diagnosticadas y los tratamientos ordenados, entra en conexidad de forma global con el derecho a la salud, y permite la verificación en relación con la atención brindada, así como el contenido y alcance en el cumplimiento de las obligaciones que se refieren tanto al médico como a los pacientes en torno a la relación científica y legal que representa la atención hospitalaria o sanitaria.

Por lo tanto, la historia clínica en un proceso gradual o escalonado, detalla: i) la anamnesis, es decir, la información básica sobre las razones por las cuales se consulta o se acude al servicio médico, ii) los síntomas y signos que reporte el paciente y que aprecie el galeno, iii) la interpretación de ese conjunto de signos y síntomas, en donde se especifique la metodología empleada para la valoración de esas expresiones, iv) la diagnosis o diagnóstico en donde el profesional emite el juicio con fundamento en la *lex artis ad hoc*, para lo cual se vale de la interpretación y de las ayudas diagnósticas que tenga a su alcance (v.gr. exámenes de laboratorio, rayos equis, toma de placas, resonancias, TAC's, entre muchos otros), v) el tratamiento o procedimiento ordenado, en donde se haga constar el pronóstico, el consentimiento informado si es necesario, así como las indicaciones médicas o paramédicas que deben ser adoptadas para complementar y apoyar el acto médico, vi) la verificación de la evolución del paciente, la cual debe ser constante, y vii) las recomendaciones profilácticas, esto es, las indicaciones que se le suministran al paciente en el momento en que se le va a dar de alta.

Como medio de prueba la historia clínica cobra un gran valor en materia de responsabilidad médica sanitaria, pues allí se consigna el desarrollo clínico de los pacientes, por ello se constituye en un medio idóneo para determinar los hechos materia de juzgamiento. Al respecto, la doctrina ha manifestado:

“La historia clínica es el mejor y único elemento para demostrar todo lo buena que ha sido la atención médica. En la acreditación de medios señalada deben quedar demostrada la pericia, la prudencia, los cuidados, la vigilancia, la seguridad, el cumplimiento de los reglamentos y deberes a su cargo. Dejarán de ser escuetas reseñas de evolución de persona enferma. Relacionarán medios con resultados para acreditar que aquéllos, los medios, estaban destinados a obtener un resultado.”

En igual sentido, el tratadista Carlos A. Ghersi. Sobre la importancia la eficacia probatoria de la historia clínica expresó:

“La historia clínica irregularmente confeccionada resulta un medio de prueba de escasa eficacia frente a un cuadro general de graves, precisas y concordantes presunciones en el servicio de salud brindado por la entidad sanatoria demandada.”

Y no sólo la doctrina, sino también la jurisprudencia de esta Corporación ha venido reconociendo desde hace tiempo el valor probatorio de las historias clínicas, sobre el particular la Corporación puntualizó:

“esta historia clínica, medio probatorio por excelencia para estos casos dado que contiene un recuento pormenorizado de todos los tratamientos a que ha sido

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

sometido un paciente, así como de la evolución que va presentado en su cuadro clínico, además de ser elaborada por los mismos médicos tratantes...”

En consecuencia, el incumplimiento a los deberes de conservación y custodia de la historia clínica generan un significativo y flagrante desconocimiento a la ley y a los reglamentos que regulan la materia, lo que se traduce en un indicio de falla en contra de la entidad hospitalaria, sistema de aligeramiento probatorio que ha sido acogido por la Sección Tercera para el campo obstétrico³⁵, pero que puede ser extendido a otros escenarios como se ha sostenido de manera reiterada por esta Subsección

CONSEJO DE ESTADO

SECCION TERCERA - SUBSECCION B

Consejero ponente: Dr. Ramiro Pazos Guerrero

Sentencia del 29 de abril de 2015

Radicación número: 17001-23-31-000-1998-00667-01(25574)

La Ley 23 de 1981 prevé el deber de diligenciar la historia como un registro obligatorio y completo de las condiciones de salud del paciente:

ARTICULO 34. La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado sometido a reserva que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley. ARTICULO 36. En todos los casos la Historia Clínica deberá diligenciarse con claridad.

Es deber ha sido interpretado por la Corporación en los siguientes términos:

Para el cumplimiento de la obligación de elaborar una historia clínica conforme al deber normativo, deben satisfacerse ciertos criterios: a) claridad en la información (relativa al ingreso, evolución, pruebas diagnósticas, intervenciones, curaciones o profilaxis, tratamientos, etc.); b) fidelidad en la información que se refleje y que corresponda con la situación médica del paciente y, con el período en el que se presta la atención médica; c) que sea completa tanto en el iter prestacional, como en la existencia de todo el material que debe reposar en los archivos de la entidad de prestación de la salud; d) debe dejarse consignado dentro de la historia clínica de manera ordenada, cronológica y secuencial toda la información de diagnóstico, tratamientos, intervenciones quirúrgicas, medicamentos y demás datos indispensables que reflejen el estado de salud del paciente; e) debe orientar y permitir la continuidad en la atención y proporcionar al médico la mejor información, posible, para adoptar decisiones sin improvisación para así ofrecer las mejores alternativas médicas, terapéuticas y/o quirúrgicas, siempre con el objetivo de resguardar la eficacia del derecho a la salud consagrado en el artículo 49 de la Carta Política. -Se resalta-.inc

Es evidente que la información consignada por el Hospital San Vicente de Paúl en la historia del paciente no permitió a los tratantes de la entidad receptora del paciente brindar el tratamiento requerido en forma expedita. Esa omisión determinó la causación del daño, porque privó al paciente del tratamiento idóneo de su herida, que en condiciones normales de limpieza practicada en forma ágil podía impedir la infección en las condiciones de gravedad en que se presentó.

No le merece duda a la Sala que haber retirado los residuos vegetales de la herida en forma íntegra tenía la virtud de reducir en forma drástica las posibilidades de infección y, aun aceptando que en condiciones de plena asepsia podía infectarse la herida, la falla en la atención primaria impidió tratarla de manera temprana, con las conocidas nefastas consecuencias para la salud del paciente.

Bajo esas consideraciones, la sentencia apelada se mantendrá en cuanto encontró responsable al Hospital San Vicente de Paúl y absolvió de responsabilidad al Hospital de Caldas.

CONSEJO DE ESTADO

SECCIÓN TERCERA – SUBSECCIÓN B

Consejero Ponente: Dr. Ramiro Pazos Guerrero

Sentencia del 03 de octubre del 2016

Radicado No. 05-001-23-31-000-1999-02059-01 (40057)

Al respecto, la Sección Tercera de esta Corporación se ha pronunciado de manera reiterada en cuanto a la necesidad de elaborar historias clínicas claras, fidedignas y

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

completas¹⁵, factores que garantizan no solo el adecuado seguimiento y el acierto en el diagnóstico, sino también, la verificación de la prestación del servicio de salud¹⁶. Al respecto, según lo dispuesto por el artículo 34 de la Ley 23 de 1981, por la cual se dictan normas en materia de ética médica, “la historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente”. A su turno, el artículo 36 reza que “en todos los casos la Historia clínica deberá diligenciarse con claridad”. A título meramente ilustrativo, la Resolución 1995 del Ministerio de Salud “por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica”, del 8 de julio de 1999, precisa:

Artículo 1.- Definiciones: a. La Historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley. b. Estado de salud: El estado de salud del paciente se registra en los datos e informes acerca de la condición somática, psíquica, social, cultural, económica y medioambiental que pueden incidir en la salud del usuario (...).

Artículo 3.- Características de la historia clínica. Las características básicas son: Integralidad: La historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria. Secuencialidad: Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario. Racionalidad científica: Para los efectos de la presente resolución, es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo. Disponibilidad: Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley. Oportunidad: Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio (...).

Artículo 4.- Obligatoriedad del registro. Los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen directamente en la atención a un usuario, tienen la obligación de registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas, conforme a las características señaladas en la presente resolución (...)

Artículo 13.- Custodia de la historia clínica. La custodia de la historia clínica estará a cargo del prestador de servicios de salud que la generó en el curso de la atención, cumpliendo los procedimientos de archivo señalados en la presente resolución, sin perjuicio de los señalados en otras normas legales vigentes. El prestador podrá entregar copia de la historia clínica al usuario o a su representante legal cuando este lo solicite, para los efectos previstos en las disposiciones legales vigentes.

Artículo 16.- Seguridad del archivo de historias clínicas. El prestador de servicios de salud, debe archivar la historia clínica en un área restringida, con acceso limitado al personal de salud autorizado, conservando las historias clínicas en condiciones que garanticen la integridad física y técnica, sin adulteración o alteración de la información.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud y en general los prestadores encargados de la custodia de la historia clínica, deben velar por la conservación de la misma y responder por su adecuado cuidado (...)

Artículo 21. - Sanciones. Los Prestadores de Servicios de Salud que incumplan lo establecido en la presente resolución, incurrirán en las sanciones aplicables de conformidad con las disposiciones legales vigentes.

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

En esas condiciones, es indiferente para la Sala si esta se perdió o nunca se diligenció, pues lo cierto es que crearla y custodiarla eran obligaciones de la demandada, por lo que la ausencia de la historia, con independencia de su causa, permite inferir un indicio grave de responsabilidad, en la medida en que impide establecer con certeza lo ocurrido durante la primera atención.

En el presente caso, el paciente Carlos Andrés Noreña Orozco acudió al servicio de urgencias del Hospital Santamaría de Itagüí con una punción en el ojo derecho ocasionada con la aguja de una jeringa, y el médico que lo atendió procedió de manera incorrecta, pues envió al paciente a su casa, cuando el protocolo médico, para una lesión de ese tipo, era remitirlo de inmediato a un especialista en oftalmología. Así, para la Sala, es claro que la entidad prestadora del servicio de salud omitió la adopción de medidas necesarias para diagnosticar una enfermedad que requería una actuación urgente, como era la valoración especializada, debido a la alta vulnerabilidad de contaminación que caracteriza al órgano afectado. En el dictamen pericial se anotó lo siguiente:

[U]n objeto contaminado, como lo es una aguja de jeringa que perfora esclera y penetra a cámara anterior y cámara vítrea, dada la constitución de la cámara vítrea que es una sustancia gelatinosa de alto contenido de proteínas, es un rico caldo de cultivo para las bacterias./ Como el globo ocular está rodeado por una túnica blanca, la esclera, y en condiciones normales es aséptico es decir sin bacterias, tolera muy mal cualquier contaminación y dependiendo de la virulencia de germen y de la aplicación efectiva de antibióticos, puede llegar a infectarse./ Si el germen es muy virulento, o los antibióticos usados no son efectivos, la infección comprometerá todas las estructuras internas del ojo (...) (dictamen pericial rendido en el proceso, f. 276, c.1).

CONSEJO DE ESTADO

SECCIÓN TERCERA - SUBSECCIÓN C

Consejero ponente: Dr. Jaime Enrique Rodríguez Navas

Sentencia del 22 de junio de 2017

Radicación No. 47001-23-31-000-2001-00394-01(36257)

Llama la atención de la Sala, que aun cuando la paciente fue remitida desde el día 30 de octubre al Hospital Central, y este efectivamente la recibió -como puede desprenderse de la orden de monitoreo fetal fechada el 30 de octubre de 2000-, no exista registro del día 31 de octubre, sino del 1 de noviembre de 2000. Esta situación permite inferir que la historia clínica no fue diligenciada en debida forma, o que la entidad demandada ocultó la información concerniente a este día.

En este punto de la discusión, recuerda la Sala que la historia clínica constituye la pieza probatoria fundamental en el presente asunto, y en términos generales, dado que en ella debe consignarse toda la información relevante del paciente; es también el medio más idóneo con el que cuentan el personal médico y sus instituciones para demostrar que la actividad médica fue adecuada, diligente y oportuna, cumpliendo con los criterios de diligencia, pericia y prudencia establecidos por la *lex artis* para determinada patología.

La ley 23 de 1981 define a la historia clínica en su artículo 34 como:

“(...) el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado, sometido a reserva, que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente y en los casos previstos por la ley.”

Tan importante es considerada la historia clínica, que en 1999 el Ministerio de Salud expidió la Resolución 1995 de 1999 en la que se regula todo lo relacionado con ésta, se establecen las características que la misma debe reunir y la forma de diligenciarla, en los siguientes términos:

“ARTÍCULO 3.- CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA.

Las características básicas son:

Integralidad: La historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.

Secuencialidad: Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario.

Racionalidad científica: Para los efectos de la presente resolución, es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo.

Disponibilidad: Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley.

Oportunidad: Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.

ARTÍCULO 4.- OBLIGATORIEDAD DEL REGISTRO.

Los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen directamente en la atención a un usuario, tienen la obligación de registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas, conforme a las características señaladas en la presente resolución.

ARTÍCULO 5.- GENERALIDADES.

La Historia Clínica debe diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma.”

Asimismo, esta Corporación ha sido insistente en la necesidad de que las entidades diligencien de manera adecuada y completa las historias clínicas, y de esta manera, poder analizar si la conducta desplegada por los galenos, el diagnóstico y la atención de los pacientes fueron adecuadas.⁹

Como se aprecia en la historia clínica objeto de estudio, esta no cumple con los requisitos antes planteados, pues se omitieron las anotaciones correspondientes a la atención brindada el 31 de octubre de 2000, o fueron sustraídas de la misma, lo que a juicio de la Sala, permite colegir que esta no fue diligenciada en debida forma, tornándose ello en un incumplimiento por parte de la entidad demandada, y en un indicio grave en su contra.

CONSEJO DE ESTADO

SECCIÓN TERCERA - SUBSECCIÓN B

Consejera ponente: Dra. Stella Conto Díaz del Castillo

Sentencia del 03 de agosto de 2017

Radicación No. 19001-23-31-000-2004-00699-01(40683)

Sobre la historia clínica debe recordarse que se trata de “un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención”, debe “reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria” .

⁹ Consejo de Estado; Sección Tercera; Sentencias del 27 de abril de 2011; Exp. 19192; C.P. Mauricio Fajardo Gómez, del 26 de mayo de 2011; Exp. 20097; C.P. Hernán Andrade Rincón y del 1 de junio de 2015; Exp. 29572; C.P. Olga Mélida Valle de De la Hoz.

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

En lo que tiene que ver con la obligación y necesidad de su apertura y diligenciamiento, se ha pronunciado esta Corporación en distintas oportunidades, para dejar sentado que las anotaciones deberán ser claras, fidedignas y completas, de manera que se garantice, no solo el adecuado seguimiento y el acierto en el diagnóstico, sino verificación de la prestación del servicio de salud. Esta obligación, contenida en el artículo 34 de la Ley 23 de 1981, cobra especial importancia, dado que “constituye uno de los más importantes elementos de convicción del juez en lo relativo a los cuidados médicos o de la correcta asistencia (sic) facultativa al paciente”, así, las omisiones en el cumplimiento de la obligación de apertura y diligenciamiento de la historia clínica son indicativas de la indebida atención y en sí mismas constituyen incumplimiento de los deberes asistenciales y dan lugar a reparación.

Sea del caso resaltar que como el diligenciamiento de la historia clínica no está a cargo del paciente o de sus acompañantes, ni supeditado a la demostración de la afiliación de este al sistema de salud o al pago de la consulta médica, no resulta admisible excusar al médico, tampoco al centro asistencial, de la omisión en su apertura como lo pretende aducir la defensa. Nótese que, además, se responsabiliza a una menor víctima de violencia de género, agobiada, en tanto debía producirse la apertura del documento, de un dolor abdominal agudo. Circunstancias que debieron encaminar la actuación del hospital al ingreso para la práctica de los exámenes pertinentes y remisión a trabajo social para lograr el acompañamiento del que la paciente carecía.

CONSEJO DE ESTADO

SECCIÓN TERCERA - SUBSECCIÓN B

Consejera ponente: **Dra. Stella Conto Díaz del Castillo**

Sentencia del 09 de agosto de 2018

Radicación No. 85001-23-31-000-2010-00024-01(43841)

“11.3.1.6. A propósito de las notas de las valoraciones médicas realizadas por el servicio de cirugía general durante la noche del 15 de diciembre y la madrugada del 16, la Sala señala enfáticamente que su ausencia en la historia clínica del paciente no sólo es irregular sino que constituye un indicio claro de responsabilidad en contra del hospital demandado. Lo anterior por cuanto, en los términos de los artículos 3¹⁰ y 4¹¹ de la Resolución 1995 de 1995, la cual desarrolla lo consagrado en el artículo 34 de la Ley 23 de 1981¹², dicho hospital tenía el deber de conservar y comunicar el registro integral de la atención médica brindada al señor Geremías Romero Arévalo y, el no hacerlo, indica, en los términos de la jurisprudencia de la Corporación¹³, la intención de ocultar un hecho que podría resultar adverso a sus intereses, inferencia que, en el caso bajo análisis, tiene la mayor relevancia en tanto se advierte que los registros faltantes son, justamente, aquéllos en los cuales constaría el momento en que se decidió la realización de una intervención quirúrgica que, a lo largo del proceso, los demandantes han

¹⁰ “**CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA.** Las características básicas son: *Integralidad:* La historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria. *Secuencialidad:* Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario. *Racionalidad científica:* Para los efectos de la presente resolución, es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo. *Disponibilidad:* Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley. // *Oportunidad:* Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio”.

¹¹ “Los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen directamente en la atención a un usuario, tienen la obligación de registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas, conforme a las características señaladas en la presente resolución”.

¹² “La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado sometido a reserva que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley”.

¹³ En ese sentido se ha dicho: “...de la renuencia a suministrar la historia clínica, o hacerlo de manera incompleta, o no documentar datos relevantes de la prestación médica, puede inferirse el interés de la parte de ocultar un hecho que le resulta adverso a sus intereses; como puede serlo también en contra de la parte demandante, el negarse a la práctica de un examen médico con el fin de establecer la veracidad de las secuelas que hubiera podido derivarse de una intervención, o el ocultar información sobre sus antecedentes congénitos, que por ejemplo, pudieran tener incidencia sobre la causa”, Sección Tercera, sentencia del 31 de agosto de 2006, exp. 15772, CP. Ruth Stella Correa Palacio.

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

señalado como tardía.”

CONSEJO DE ESTADO

SECCIÓN TERCERA - SUBSECCIÓN A

Consejera ponente: Dra. María Adriana Marín

Sentencia del 27 de septiembre de 2018

Radicación No. 27001-23-31-000-2007-00061-01(40036)

“En el informe realizado por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses respecto de la atención brindada en dicha institución hospitalaria al paciente Jonatan Campaña Rivas, se dejó constancia que para efectuar dicho dictamen se había aportado, únicamente, la historia clínica de atención del referido menor correspondiente al mes de enero de 2005, pero no sobre la atención de mayo de ese mismo año, motivo por el cual resultaba imposible emitir un concepto sobre la eventual responsabilidad médico hospitalaria en el presente asunto. Sobre el particular, dicha institución se manifestó en los siguientes términos:

No es posible desarrollar el presente aspecto en razón a que la historia clínica correspondiente al 15 de mayo de 2005, período en el que se intuye fallece el paciente, no se encuentra completa, por lo tanto se desconocen los diagnósticos, evolución, manejo y demás aspectos relacionados con la asistencia médica.

Planteamiento de interrogantes: No es posible establecer los interrogantes, en razón a que no se conoce la información relacionada con el cuadro clínico por el cual se presume el paciente falleció.

Una vez leída y resumida la historia clínica como previamente se consigna, se concluye:

No es posible tramitar ante la especialización solicitada en el cuestionario consignado en el oficio petitorio en razón a que la historia clínica remitida para estudio no contiene información completa correspondiente al último período de asistencia hospitalaria brindado al paciente, es decir, aquella correspondiente a la fecha 14 de mayo de 2005.

No se cuenta entonces con los elementos requeridos para diligenciar el instructivo para la resolución de casos por presunta responsabilidad en la prestación de servicios de salud, establecido por el Instituto Nacional de Medicina Legal (fls. 657 a 660 c. 4).

Lo anterior fue corroborado por testimonio del señor Marco Antonio Martínez Cortes, quien se desempeñaba como auditor de servicios médicos en el Hospital Departamental San Francisco de Asís, el cual manifestó que acompañó al paciente Jonatan Campaña Rivas a la institución de cuarto nivel de atención médica en la ciudad de Cali. Al ser preguntado sobre la causa del deceso del menor Jonatan Campaña Rivas, manifestó que no podía responder porque la historia clínica del Hospital Departamental San Francisco de Asís no estaba completa, por cuanto no contenía la evolución médica y las órdenes médicas del paciente durante su estadía (fls. 549 a 551 c. 3).

En estas condiciones, el Hospital Departamental San Francisco de Asís no registró adecuadamente las condiciones de salud del paciente, esto es, no cumplió con las exigencias preceptuadas por la Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud concerniente a la racionalidad científica, legibilidad, integralidad y secuencialidad de la historia clínica, toda vez que, como se consignó en el dictamen del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses y lo confirmó el médico auditor Marco Antonio Martínez Cortes, en el presente caso se desconocen los diagnósticos, evolución, manejo y demás aspectos relacionados con la asistencia médica del paciente Jonatan Campaña Rivas.

No se elaboró la historia clínica en forma integral y completa, con lo que se impidió a la paciente y a sus familiares conocer su estado de salud al momento de entrar y salir de la institución, amén de la ilegibilidad de las pocas anotaciones que constan en la misma. Este documento no solo es el pilar basilar que da fe pública de la calidad ofrecida en la atención médica hospitalaria, sino también porque es uno de los principales medios probatorios, que aunado a las demás pruebas, a las reglas de la experiencia y a la sana crítica, le permiten al juez formar el grado de convicción necesario para fallar¹⁴.

¹⁴ Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección B, sentencia de 5 de abril del 2017. Exp. No. 25706, M.P. Ramiro Pazos Guerrero.

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

Esto tiene amplio respaldo normativo en el artículo 34 de la Ley 23 de 1981 y el artículo 3º y 5º de la resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud, según los cuales la historia es un registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente; sin embargo, en el presente caso, dicho documento carece de los requisitos de integralidad, disponibilidad y oportunidad, lo cual se considera como un indicio en su contra del hospital demandado¹⁵."

De la anterior línea jurisprudencial se puede extractar que de las 9 sentencias extractadas de la Sección Tercera en sus Subsecciones A, B y C, todas son coincidentes en manifestar que la historia clínica es el documento prueba idóneo para demostrar que la atención médica se desarrolló conforme la *lex artis*, también esta demuestra si cumplió o no con todos y cada uno de los procedimientos médicos. De igual manera se debe insistir que la jurisprudencia es clara en reiterar que el deber del diligenciamiento de la historia clínica es un imperativo legal, el cual implica una buena atención médica, ya que su erróneo diligenciamiento, las omisiones y cualquier falla inexcusable en el diligenciamiento de la misma, constituye un indicio grave de mala práctica médica; por lo que así, no es un capricho del suscrito apoderado el hecho de ser tan reiterativo en esta materia, pues es claro que legal y jurisprudencialmente, la elaboración de la historia clínica es un deber médico, del cual depende un acertado o errado diagnóstico, hechos que como se ha dicho, no tuvo en cuenta o no apreció el juez de instancia, por lo que así las cosas no se acompasa con los derechos mínimos aquí debatidos, y atentan contra los mismos, el argumento del fallador de primera instancia al restar valor legal y jurisprudencial al deber de diligenciar en debida forma la historia clínica, que como se demostró en el presente caso, no fue valorado ello, circunstancia de haberlo sido, evidenciaba la clara falla en el juicio diagnóstico dado a la hoy causante.

Conclusión probatoria de responsabilidad con relación al errado proceso de juicio diagnóstico presentado inclusive en una historia clínica errada y contradictoria, con la cual queda demostrado un proceso diagnóstico incompleto frente a la patología presentada por la causante Mercedes Toro de Gómez

De lo expuesto, se encuentra demostrado y diferente a lo que concluyó el A-quo, quien de manera ilógica invirtió la carga probatoria o más bien la **desconoció, al dar por cierto una afirmación del galeno que atendió al a paciente, afirmación que de simple lógica no iba a aceptar culpabilidad, frente a circunstancias plenamente demostradas en el proceso, por los testigos, la perito Dra. Escobar Falcón, e inclusive por la misma disposición legal y de los reiterados postulados jurisprudenciales al respecto, que establecen que la historia clínica es el documento central que soporta la atención real que se le dispensa a un paciente, pues no existe otro diferente a este, y los errores que se incurran en la misma, constituyen pruebas en contra que evidencia una mala práctica médica, que en este caso y ante un erróneo diligenciamiento de la historia clínica, y pese a darse un diagnóstico de vértigo paroxístico benigno, el cual lógicamente afectaba el sistema neurológico, se comprobó que se anotó en la**

¹⁵ Al respecto, la corporación ha dicho: "no es necesario modificar las reglas probatorias señaladas en la ley para hacer efectivas las consecuencias que se derivan de la violación del deber de lealtad de las partes, dado que el artículo 249 del Código de Procedimiento Civil, establece que el juez podrá deducir indicios de su conducta procesal. Así, por ejemplo, de la renuencia a suministrar la historia clínica, o hacerlo de manera incompleta, o no documentar datos relevantes de la prestación médica, puede inferirse el interés de la parte de ocultar un hecho que le resulta adverso a sus intereses; como puede serlo también en contra de la parte demandante, el negarse a la práctica de un examen médico con el fin de establecer la veracidad de las secuelas que hubiera podido derivarse de una intervención, o el ocultar información sobre sus antecedentes congénitos, que por ejemplo, pudieran tener incidencia sobre la causa del daño aparentemente derivado de la intervención médica (...) La desigualdad que se presume del paciente o sus familiares para aportar la prueba de la falla, por la falta de conocimientos técnicos, o por las dificultades de acceso a la prueba, o su carencia de recursos para la práctica de un dictamen técnico, encuentran su solución en materia de responsabilidad estatal, gracias a una mejor valoración del juez de los medios probatorios que obran en el proceso, en particular de la prueba indiciaria, que en esta materia es sumamente relevante, con la historia clínica y los indicios que pueden construirse de la renuencia de la entidad a aportarla o de sus deficiencias y con los dictámenes que rindan las entidades oficiales que no representan costos para las partes". Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 31 de agosto del 2006, rad. 15772, M.P. Ruth Stella Correa Palacio.

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

historia clínica que el sistema neurológico estaba normal, por lo que existe una seria contradicción en la elaboración de la historia clínica, lo cual hace evidente una mala práctica médica, la cual es inexcusable de un profesional de la medicina, máxime del área de urgencias, y con la experiencia que manifestó en testimonio dicho galeno, ello que sería menos gravoso, pero que como indicio, concuerda con las conclusiones probatorias del dictamen pericial de la Perito Dra. Ana Maria Escobar Falcon del que ya se referenció atrás, donde claramente expone las fallas en el juicio diagnóstico que realice el galeno de la entidad enjuiciada, lo cual hecho de menos en valorar de forma conjunta y armonica el Juez de Primera Instancia.

Y lo anterior, aunado a los otros medios probatorios que aquí se han hecho referencia y que se seguirán enunciando, reflejan que el proceso de juicio diagnóstico fue incompleto, erróneo y la historia clínica como prueba reina del proceso de atención y diagnóstico de la patología por la cual asistió la paciente, no refleja un actuar diligente, prudente y acorde a la ciencia médica o a los protocolos médicos existentes.

Adicional a ello, se tiene que en el presente caso, y pese a que el Despacho fallador omite valorar estas circunstancias, a la señora Mercedes Toro de Gómez fue atendida, medicada y dada de alta, con base en una impresión diagnóstica, que a voces de la perito Dra. Ana María Escobar Falcón, tal diagnóstico se puede definir como:

Doctora conforme la respuesta en el literal c), Nos podría aclarar que es una impresión diagnóstica.

R/: Si, la impresión diagnóstica es cuando no tenemos confirmado por ningún método, ya sea clínico, por alguna maniobra, ya sea por ningún laboratorio o por cualquier tipo de paraclínico como una imagen, el diagnóstico de la paciente.

Ahora bien, el Consejo de Estado se ha pronunciado en múltiples oportunidades, con relación a la responsabilidad estatal por error en el diagnóstico médico, y ha dicho la Sección Tercera en providencia del 24 de abril de 2008, con radicación No. 05001-23-31-000-1992-01127-01 (15790), lo siguiente:

“El Instituto de Seguros Sociales nunca determinó a ciencia cierta, cuál fue la enfermedad padecida y qué la desencadenó; y si la descubrió, siempre quiso demostrar que no tuvo conocimiento cierto de tal situación. La ineficacia en ese aspecto no puede esconderse bajo el argumento de la difícil diagnosis, pues si no se sabe realmente qué originó la invalidez del paciente, tampoco puede determinarse qué tan difícil resultaba concretar ese aspecto.

Por ello resulta extraño a la realidad la conclusión a la que llegó el perito médico laboral, en cuanto “(...) el paciente recibió atención médica oportuna por los facultativos de turno”.

La Sala se pregunta:

Cuál “cuadro clínico” si según concepto del mismo médico laboral NUNCA se le dio un diagnóstico DEFINITIVO al paciente, sino solamente impresiones diagnósticas, impresiones con las que el personal médico de turno actuaba, como tratando de adivinar la medicina y el tratamiento.

Igualmente resulta necesario cuestionarse: ¿En últimas, qué sufrió y qué sufre el señor OSPINA BETANCUR?:

- Guillain Barré?
- Epilepsia?
- A.C.V. (Accidente cerebro vascular)?
- Espasmo vascular?
- Lesión estructural temporooccipital?
- Polineuropatía desmielinizante?
- Poliradiculopatía desmielinizante periférica?
- Radiculopatía múltiple?

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

- Lesión medular idiopática a nivel dorsal, como lo conceptuó el médico que rindió concepto médico-laboral?
- O algunos de ellos en forma concurrente?
- O todos ellos?

Si se falló en el DIAGNÓSTICO, el cual nunca le fue informado en forma contundente al paciente por el Instituto de Seguros Sociales, ¿cómo puede afirmarse que *"la atención médica que se le dio... estuvo adecuada"*?

El dictamen pericial rendido por los médicos neurólogos es contundente en cuanto, frente a los síntomas del paciente, era absolutamente necesario tener claro el diagnóstico "antes de someter al paciente a una cirugía y a una anestesia con drogas que estimulan el metabolismo". En otras palabras, frente a ese muy probable diagnóstico (no descubierto), la intervención agravó la situación del paciente Ospina Betancur.

Nótese que en la historia clínica se aprecia que el 21 de mayo, 4:00 a.m. se presentó al I.S.S. con *"cólico en la boca del estómago todo el lado derecho"*, sin vómito ni fiebre. Además aparece la siguiente anotación:

"AP: (1) **El mismo cólico en tres ocasiones anteriores** = con Ho con antepsia
(2) **'ataques'**
(3) **'picadas en el corazón'**
(...)

EF: paciente muy quejumbroso, llega pálido luego se pone cianótico, intranquilo (...), abdomen blando, con defensa voluntaria en epigastrio e hipocondrio derecho, no palpo masas ni megalias.

(...)

Nota: aquí en el consultorio presenta episodios de orina por goteo. (...)

8:15 am.: **Hace dos meses dolor** en (...)

- (1) Pancreatitis aguda
- (2) Colecistopatía" (folios 1 a 4 cuaderno 1)

"El 22 de mayo, en registro de anestesia (**preoperatorio**) se expresó: "AP: **'picada corazón', 'asfixia'** (...)".

La información a la mano de los médicos era suficiente, si bien no para tener un diagnóstico definitivo a nivel neurológico, sí para ahondar un poco más en dicho asunto antes de tomar precipitadamente una conclusión de *"Pancreatitis aguda o Colecistopatía"*, la cual no tiene ninguna compatibilidad con lo informado sobre "ataques", que en el lenguaje común denota "convulsiones". (subrayado y negrilla fuera de texto)

Bajo estos postulados, era dable establecer o concluir del procedimiento diagnóstico aplicado, que:

- Pese las condiciones clínicas de la paciente y de sus delicados antecedentes (Hipertensión y Diabetes), la paciente nunca contó con un diagnóstico definitivo, pues se le dio de alta con una impresión diagnóstica, que conforme fue expuesto por los galenos que testificaron en el presente proceso, incluso por el mismo médico Henry Hurtado, donde quedó claro que solo existió un diagnóstico presuntivo o impresión diagnóstica, así como por la perito Dra. Ana María Escobar Falcón en audiencia del 03 de octubre de la presente anualidad, **la impresión diagnóstica no constituye un diagnóstico certero y último, pues es una presunción de una posible patología, que en últimas es necesario descartar o confirmar con otro tipo de valoraciones y exámenes paraclínicos, los cuales como se probó dentro del proceso nunca existieron.**
- **No se agotaron todas las ayudas diagnósticas para descartar otras posibles patologías de la paciente, y como se pudo ver del dictamen pericial rendido**

por la médica intensivista Escobar Falcón (Audiencia del 03 de octubre del presente año), así como de su aclaración, si existían otros exámenes que podían haber logrado tener un diagnóstico certero, tal cual se manifestó así: *“Si no se le hubiera dado salida a la paciente sino que se hubiera evaluado completamente, el examen físico completo lo que hablábamos, mirar el nistagmus, las características del nistagmus, hacer la maniobra de neshalping (sic), mirar la ataxia de la paciente, como estaba la marcha de la paciente, hacer un examen del fondo de ojo, todo esto nos hubiera permitido llegar a un mejor diagnóstico de la paciente, y la vigilancia dentro del periodo de observación, y mirar si había respuesta al dimenhidrinato, mirar cuanto duraba el periodo del vértigo, si tenía periodos de mejoría o no, esto hubiera permitido hacer un mejor diagnóstico.”*

De esta forma, se puede evidenciar claramente que el diagnóstico dado por la ESE Salud Pereira, por intermedio de sus galenos fue errado o incompleto, situaciones que no permitieron la posibilidad de una real mejoría a la paciente y hoy causante Mercedes Toro de Gómez, hecho que desconoció el Juez evidenciar o valorar de la comunidad de pruebas que así lo evidenciaban y de las imputaciones así establecidas.

DEL ERROR INEXCUSABLE EN EL PROCESO FINAL DEL JUICIO DIAGNOSTICO, EN LA REVALORACION DE LA PACIENTE Y DADA DE ALTA POR EL PERSONAL AUXILIAR Y NO PROFESIONAL (MEDICO) - (QUE TAMPOCO SE ANALIZO NI SE TUVO EN CUENTA SU PESO PROBATORIO EN LA RESPONSABILIDAD QUE EXISTE)

Aunque el Despacho judicial de primera instancia no realizó el estudio pertinente, pues en nada se pronunció acerca de esta deficiencia en el proceso de atención médica, si se tiene probado que a la paciente Mercedes Toro de Gómez no se le efectuó una revaloración por parte del médico, para verificar si el tratamiento dispensado tuvo buen efecto, o si era necesario efectuar otro tipo de tratamiento o exámenes para descartar otras posibles patologías y buscar la mejoría de la paciente, y tal situación se encuentra plenamente acreditada por el testimonio del mismo galeno Dr. Henry Hurtado para el 04 de octubre de 2017, quien manifestó: “Doctora como le acabo de indicar desde que la paciente mejore es porque fue el tratamiento indicado para su motivo de consulta, entonces no hay necesidad de revalorar nuevamente”, de igual manera, la perito Dra. Escobar Falcón, en la audiencia de aclaración y adición del 03 de octubre, al responder al interrogante de si conforme la historia clínica a la paciente se le realizó un examen físico de revaloración completo; esta manifestó: **“No, a la paciente se le hace un examen físico inicial y con base en ese examen físico inicial se toma la conducta médica, pero no hay un periodo de observación, y por lo tanto no hay un periodo de un nuevo examen físico o revaloración.”**

De igual manera, en lo que respecta a la revaloración, así como la verificación de la efectividad del tratamiento, se tiene que ni el galeno verificó personalmente la efectividad del tratamiento, cuando es algo de su competencia y no del personal auxiliar, así

como tampoco revaloró a la paciente, veamos las respuestas que dio al interrogatorio:

Preguntas del Despacho.

“Indico usted atrás que la paciente presento una mejoría, indique al despacho con fundamento en que, o de qué forma se documentó esa mejoría de la paciente.

R/: Cuando nosotros con base en la anamnesis o examen físico realizado ordenamos un tratamiento farmacológico basado en la sintomatología por la cual consulto el paciente.

Continúa manifestando: Se pasan las ordenes a la auxiliar de enfermería del servicio de urgencias, y se le dan las instrucciones de que cuando se termine de pasar el medicamento se le informe al médico, porque uno debe seguir atendiendo en consulta, de cómo fue la evolución respecto del paciente, la enfermera se dirigió al consultorio y dijo que ya se sentía bien la paciente, que ya había mejorado, y por tal razón autorice su salida con la formula consignada en la historia.

Lo que le decía por ejemplo cuando es el caso de un cólico de tipo renal o cualquier tipo de cólico, el paciente se dirige allá a la estación con las ordenes médicas, la auxiliar realiza el tratamiento ordenado por uno y es la misma auxiliar que va y le dice, porque uno no puede quedar pendiente del paciente a ver si le pasan estos líquidos o medicamento, entonces tú le das las instrucciones a la auxiliar y así no se las des, la auxiliar va y le dice que el paciente que usted dejo en observación para colocar estos medicamentos ya se siente mejor o no se siente mejor, cuando te dice que no se siente mejor tu pasas a revalorarlo y decir a ver cómo sigue, vuelve a hacer un interrogatorio, como esta del dolor, como es la evolución subjetiva del paciente, si no ha mejorado usted ya tomara otro tipo de medidas terapéuticas, y si ya ha mejorado le da salida con ciertas ordenes que de pronto las requiera.

Previo a otorgar la salida, revaloró a la paciente?

R/: Doctora como le acabo de indicar desde que la paciente mejore es porque fue el tratamiento indicado para su motivo de consulta, entonces no hay necesidad de revalorar nuevamente.”

Preguntas de la parte demandante.

“En respuesta anteriores manifiesta usted que fue la enfermera quien verificó el estado de mejoría que usted hace alusión, cual es profesional idóneo, el personal auxiliar o médico para establecer el estado de mejoría o no mejoría de un paciente.

R/: Nosotros como médicos y todos sabemos, hay algo en el ejercicio de la medicina que se llama la parte paramédica, significa como usted muy bien lo sabe señor abogado, significa al lado del médico, afortunadamente contamos con personal idóneo que puede decidir, y aunque no fuese idóneo el personal paramédico puede decir si un paciente atendido por ellos presenta mejoría o no. Por ejemplo, si tu llegas a un servicio de urgencias, vuelvo a colocar el caso más extremo por ser el motivo de consulta más frecuente en los pacientes, por un dolor, el medico te prescribe algo y da las indicaciones como lo mencione con anterioridad, nosotros no podemos ir, si la auxiliar nos dice que el paciente mejoró nosotros debemos creerle porque son aliados de nosotros, están trabajando al lado de nosotros, es inaudito pensar que si el paciente no se siente bien, es el mismo paciente que dice no me voy porque eso ha sucedido, que sea idóneo la auxiliar de enfermería a la cual usted se refiere, si es idónea para poder decir si el paciente mejoro, así como es idónea la misma persona, la misma paciente quien fue la que coloco que se sentía bien, y se da de alta con buen efecto.

Quien prescribe el tratamiento para un paciente, el personal auxiliar o profesional.

R/: El personal profesional, en este caso un médico.

Conforme ello, es el personal profesional es el idóneo o no lo es, quien debe decidir si el tratamiento es o no eficiente.

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

R/: Nosotros en un servicio de urgencias sobre todo en el servicio donde yo laboraba, es muy congestionado, entonces nosotros no podemos salir a cada momentico, porque los pacientes nos están esperando en todo momento, por eso nosotros delegamos funciones en las auxiliares de enfermería que son idóneas respecto a la evolución de la paciente, no respecto de lo que haya que hacer con el paciente, si algo en las auxiliares es dudoso o notan algo raro en el paciente, inmediatamente nos informan a nosotros, pero ellas son idóneas, por eso precisamente son auxiliares porque los médicos no trabajan unipersonalmente somos todos un equipo, empezando desde quien los ingresa al servicios en el triage, el portero, el facturador, y si estamos trabajando en equipo se pueden delegar funciones si están debidamente indicadas para que ellos las realicen.”

Por otro lado, es de vital importancia hacer un análisis puntual de las respuestas entregadas por la perito Dra. Ana María Escobar Falcón dentro de su dictamen pericial obrante a folios 155 a 160 del cuaderno 2, y posteriormente aclarado y complementado en la audiencia de pruebas, donde hace referencia a los procedimientos de revaloración de la paciente, posterior al tratamiento médico dispensado, donde la perito manifiesta a las preguntas, así:

A que se refiere usted en la respuesta al literal k) con “el tiempo de observación con un examen físico completo al revalorar a la paciente, incluyendo un fondo de ojo, por ejemplo, hubieran posiblemente determinado la necesidad de otros estudios”.

R/: Si no se le hubiera dado salida a la paciente sino que se hubiera evaluado completamente, el examen físico completo lo que hablábamos, mirar el nistagmus, las características del nistagmus, hacer la maniobra de neshalping (sic), mirar la ataxia de la paciente, como estaba la marcha de la paciente, hacer un examen del fondo de ojo, todo esto nos hubiera permitido llegar a un mejor diagnóstico de la paciente, y la vigilancia dentro del periodo de observación, y mirar si había respuesta al dimenhidrinato, mirar cuanto duraba el periodo del vértigo, si tenía periodos de mejoría o no, esto hubiera permitido hacer un mejor diagnóstico.

Conforme la historia clínica a la paciente se le realizó un examen físico de revaloración completo.

R/: No, a la paciente se le hace un examen físico inicial y con base en ese examen físico inicial se toma la conducta médica, pero no hay un periodo de observación, y por lo tanto no hay un periodo de un nuevo examen físico o revaloración.

Conclusión probatoria de responsabilidad con relación a la revaloración de la paciente para verificar la efectividad del tratamiento y juicio diagnostico por la patología presentada por la causante Mercedes Toro de Gómez

De esta manera, se encuentra probado que la paciente en el proceso diagnóstico, posterior al tratamiento médico dispensado, no fue revalorada para verificar la evolución o mejoría de su patología, conforme el diagnostico presuntivo dado, y solo se demostró que el personal auxiliar (enfermera) fue la que dio de alta a la paciente, pese a que el diagnostico presuntivo en este caso, el tratamiento médico y la evolución, son actuaciones inherentes únicamente al personal médico profesional y no al asistencial, como ocurrió en este caso, error u omisión que es inexcusable para un galeno, pero con la gravedad que fue un error que este mismo aceptó y que se lo atribuyó a situaciones de índole administrativa del centro médico, aduciendo falta de personal médico, situaciones a todas luces no excusan al galeno ni al centro médico de dispensar una atención medica acorde a los protocolos médicos.

Así entonces, a la paciente Mercedes Toro de Gómez no se le efectuó una revaloración por parte del médico, para verificar si el tratamiento dispensado tuvo buen efecto, o si era necesario efectuar otro tipo de tratamiento o exámenes para descartar otras posibles

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

patologías y buscar la mejoría de la paciente, y tal situación como se ha dicho, se encuentra plenamente acreditada por el testimonio del mismo galeno Dr. Henry Hurtado para el 04 de octubre de 2017, quien manifestó: *“Doctora como le acabo de indicar desde que la paciente mejore es porque fue el tratamiento indicado para su motivo de consulta, entonces no hay necesidad de revalorar nuevamente”*, de igual manera, la perito en la audiencia de aclaración y adición del 03 de octubre, al responder al interrogante de si conforme la historia clínica a la paciente se le realizó un examen físico de revaloración completo; esta manifestó: *“No, a la paciente se le hace un examen físico inicial y con base en ese examen físico inicial se toma la conducta médica, pero no hay un periodo de observación, y por lo tanto no hay un periodo de un nuevo examen físico o revaloración.”*. **SITUACION QUE PESE A QUE EVIDENCIABA UNA MALA O INDEBIDA ATENCION MEDICA, TAMPOCO FUE ANALIZADA NI VALORADA POR EL JUEZ FALLADOR DE INSTANCIA.**

DEL VALOR PROBATORIO DADO AL DICTAMEN PERICIAL RENDIDO POR LA PERITO DRA. ANA MARIA ESCOBAR FALCON, Y SU ESCASO ANALISIS

Sobre este punto, debe manifestar el suscrito el gran inconformismo existente y que conlleva a esta acción constitucional, toda vez que se desconoce y resta valor y peso probatorio al dictamen pericial rendido por la perito Dra. Ana María Escobar Falcon, así como de la contradicción al mismo, y más pareciera que el Juez A-quo, pese a que no estuvo en la práctica directa de la prueba, pareciera que no revisó los archivos de audio y video de tal prueba, con la cual pudiera crear un juicio jurídico a partir de una valoración médica especializada.

Debe recordarse que en tratándose de responsabilidad médica estatal, y dado que es un tema ajeno a la práctica del derecho, los Jueces debe recurrir a la literatura médica, así como a las pericias de los especialistas en la materia para poder guiar sus fallos, no solo con su criterio o saber jurídico, sino guiados de la *lex artis* médica, prácticas jurídicas que, a pesar de estar claramente autorizadas, en el presente caso no se utilizaron y omitieron su valoración.

Sobre este tema, se encuentra que el Consejo de Estado – Sección Tercera – Subsección C, en sentencia del 25 de abril de 2012, CP. Dr. Enrique Gil Botero, en proceso radicado No. 05001-23-25-000-1994-2279-01, se expuso:

“La posibilidad de recurrir a la literatura médica por parte del funcionario judicial, ha sido avalada por el reconocido profesor y tratadista, Jairo Parra Quijano, quien con autoridad en la materia, ha sostenido: “El juez sobre un tema científico o técnico puede utilizar doctrina sobre la materia, precisamente para hacer inducciones, como se expuso anteriormente. “Al no existir tarifa legal para valorar la prueba pericial, mayor es el compromiso del juez para adquirir, sobre la materia sobre la cual verse el dictamen técnico o científico, unos conocimientos basilares, que le permitirán entenderlo, explicarlo en términos comunes (en lo que sea necesario)”

Por lo tanto el juez puede valerse de literatura –impresa o la que reposa en páginas web, nacionales o internacionales, ampliamente reconocidas por su contenido científico– no como un medio probatorio independiente, sino como una guía que permite ilustrarlo sobre los temas que integran el proceso y, por consiguiente, brindarle un mejor conocimiento acerca del objeto de la prueba y del respectivo acervo probatorio, lo que, en términos de la sana crítica y las reglas de la experiencia, redundará en una decisión más justa.”

DE ESTA MANERA, SE HAYA UNA FALTA DE ANALISIS PROFUNDO Y CONCIENTE SOBRE ESTA PRUEBA QUE ES DE TAN

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

VITAL IMPORTANCIA EN EL PROCESO, QUE LA MISMA ARROJA RESULTADOS TAN CLAROS, QUE EVIDENCIAN LAS FALENCIAS EN EL PROCESO O JUICIO DIAGNOSTICO QUE SON LAS QUE HOY SE ALEGAN EN ESTA SEDE DE TUTELA.

DECISION ILEGITIMA DE SEGUNDA INSTANCIA:

La sentencia de segunda instancia proferida por la Sala de Decisión del Tribunal Administrativo de Risaralda conformada por los magistrados Dr. Leonardo Rodríguez, Dr. Fernando Alberto Álvarez Beltrán y Dra. Dufay Carvajal Castañeda dentro del proceso transgrede derechos constitucionales fundamentales de los accionantes, por lo siguiente:

El Ad-quem acepta la importancia y trascendencia de un buen diagnóstico para el eficiente tratamiento médico, al manifestar en su providencia:

“Del referente jurisprudencial y doctrinal es claro entonces que el diagnóstico es el elemento definitivo del acto médico, por cuanto es a partir de sus resultados que se elabora el tratamiento y la actividad posterior, y es por ello que del diagnóstico depende el correcto tratamiento o ejercicio terapéutico a seguir, el cual requiere que sea el más acertado posible.

Por lo tanto, en los eventos en los que se discuten la responsabilidad de la administración por daños derivados de un error en el diagnóstico, deberá estar acreditado que el servicio médico no se prestó adecuadamente porque se omitió interrogar al paciente o a su acompañante sobre la evolución de los síntomas que lo aquejaban; no se sometió al paciente a una valoración física completa y seria; se omitió utilizar oportunamente todos los recursos técnicos a su alcance para confirmar o descartar un determinado diagnóstico; dejó de hacerle el seguimiento que corresponde a la evolución de la enfermedad, o simplemente, incurrió en un error inexcusable para un profesional de su especialidad, y en general todas aquellas actuaciones que demuestren que el servicio fue prestado de manera diferente a como lo aconsejaba la lex artis.”

Pero al hacer el análisis probatorio del caso, de manera ilógica, y no concordante con la comunidad de prueba existente, expone:

“En el caso concreto, lo primero que debe indicar la Sala es que la parte actora no logró acreditar que la ocurrencia del accidente cerebro-vascular sufrido por la señora Mercedes Toro de Gómez el 6 de marzo de 2014 y posterior muerte en las instalaciones del E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira fuera causado por un vértigo de carácter central, pues su hipótesis aparece registrada por la perito y los testimonios rendidos por especialistas en el tema, como una causal poco común en este tipo enfermedades, máxime que no se practicó necropsia ni se allegó una prueba técnica o científica que así lo determinara.”

Posteriormente, pese a que la prueba pericial es clara en determinar que el médico tratante no realizó un proceso diagnóstico adecuado, como se puede analizar de las afirmaciones y conclusiones probatorias, lo cierto es que el fallador de segunda instancia vuelve al igual que el de primera instancia, a tener como prueba válida y de mayor peso, la declaración del médico tratante, quien manifestó que si hizo todos los procedimientos, y que solo consignaba en la historia clínica hallazgos positivos, cuando del mismo análisis de la historia y su correcto diligenciamiento, la perito dejó claro que no fue desplegada en debida forma y que faltaba mucha información que en su experiencia era necesaria, como en extenso se enunció frente al análisis en esta acción, de las respuestas dadas por la perito, en partes anteriores de este escrito, veamos lo dicho por el Tribunal accionado:

“Ahora bien, una vez analizada la información contenida en el material probatorio, se encuentra que la médica internista que rindió la experticia dentro del presente asunto, sostuvo que en la historia clínica no se describen síntomas como nistagmus, intensidad

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

de la ataxia, ni la presencia del tinitus que es un síntoma que permite inclinar el diagnóstico hacia el vértigo periférico, y por ende no pudo determinar si la conducta adoptada por el médico tratante el 5 de marzo de 2014 fue la indicada para la patología que presentaba la señora Toro de Gómez, no obstante, asevera la especialista que la paciente arribó al servicio de urgencia hemodinámica estable y solamente tenía una cifras de la tensión arterial ligeramente elevada, que no hacían sospechar la ocurrencia de un ACV, igualmente que la revisión por sistemas aparecía normal, y pudo ser que el personal médico de la entidad demandada interrogó y que la paciente respondió que se encontraba bien y que no presentaba ninguna síntoma en ese órgano. Aspectos dudosos que fueron aclarados con la declaración bajo juramento constitucional y legal del médico Henry Hurtado Ospina, quien fue enfático en referir que dicha revisión se efectuó de manera exhaustiva no encontrando signos o síntomas de alarmas que inclinarán a un diagnóstico de vértigo de origen central, ni mucho menos la presencia de un accidente cerebrovascular de la paciente, bajo el entendido que solamente se describen en la revisión por sistemas aquellos hallazgos positivos, los cuales fueron consignados en la historia clínica de la fallecida.”

Se evidencia que la accionada no hace un análisis global de todas las circunstancias que constituyen el correcto proceso de juicio diagnóstico y el correcto diligenciamiento de la historia clínica, pues como se pudo probar, pese a que tenía alteraciones en el sistema neurológico el galeno lo anotó como normal, y de ello existe prueba, y fue corroborado por la perito, circunstancia que por sí sola era un indicio grave en el diligenciamiento de la historia clínica, aunado al hecho que no aparece otros procedimientos de valoración que debían haberse realizado, de los cuales no existe prueba, diferente a la manifestación del implicado de haberlos hecho, pese a que la ley, la doctrina y la jurisprudencia son claros y enfáticos en tal exigencia de registrar todo el proceso del juicio diagnóstico en la historia clínica; y de igual manera resulta extraño que pese a que no hizo eso, y tampoco la revaloró como el mismo médico aceptó en el interrogatorio que se le realizó, y que la perito haya manifestado la necesidad de un periodo de observación para una correcta mejoría y aplicación del tratamiento, y que haya manifestado que ello no se hizo, tales fallas o circunstancias no fueron objeto de valoración y reparo por parte del fallador de segunda instancia, veamos:

“A juicio del Tribunal y a diferencia de lo aseverado por los recurrentes, el comportamiento adoptado por el médico de atención de urgencia de la entidad demandada, al plasmar en la historia clínica en la revisión por sistemas únicamente aquellos hallazgos positivos, no repercute como un diligenciamiento erróneo, puesto que es el normal funcionamiento y el esquema que utilizan los médicos tratantes al examinar los pacientes, y que fue ratificado por los galenos que atendieron a la paciente cuando fue remitida a la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira, al advertir en sus deponencias que la anamnesis que se le realiza a una paciente se determinan los hallazgos positivos, por consiguiente, lo que no se disponga allí se debe entender como hallazgo de carácter negativo, tal y como ocurrió en el presente asunto.

La Sala no desconoce que la señora Mercedes Toro de Gómez presentaba síntomas indicativos de la presencia de un vértigo, conforme a lo establecido en el informe pericial. Sin embargo, ello no es suficiente para afirmar que el médico encargado de la atención de la paciente incurriera en un error de valoración inexcusable, porque no existe evidencia científica que permita afirmar que la sintomatología presentaba por esta, era exclusiva de un vértigo de origen central y en consecuencia de un accidente cerebro-vascular, especialmente si a la paciente se le auscultaron todo tipo de síntomas para descartar su presencia, arrojando resultados negativos.”

Por otro lado, contrario a lo considerado por el fallador de segunda instancia, precisamente la falta de una atención médica oportuna, en la cual se hiciera un juicio de valoración diagnóstica profundo, juicioso y minucioso para descartar patologías más gravosas, fue el que generó el error en el diagnóstico médico que hoy se debate, donde claramente el fallador de primera y ahora el analizado en segunda instancia desconocen las conclusiones probatorias que entregó la perito Dra. Ana María Escobar Falcon al indicar que el descartar patologías de origen central, realizar otros procedimientos más profundos y realizar periodo de observación para evidenciar si había o no mejoría y con ello dar un diagnóstico más certero y no presuntivo como el que se dio, constituyen claramente la falla por error en el

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

diagnóstico que se alega, y omitió analizar en su conjunto probatorio el fallador de segunda instancia, donde inclusive el galeno tratante e involucrado llegó a una conclusión que también se omitió enjuiciar y fue el hecho que como la ESE Salud Pereira en su sede Kennedy, tiene muy poco personal médico y mucha necesidad de los usuarios, no era posible revalorar a sus pacientes y que él confiaba en el criterio del personal auxiliar, olvidando que él como médico, por disposición legal, por simple y conocido criterio médico, es la única persona que puede decir si un tratamiento es o no adecuado para un paciente o surtió o no los efectos para poder dar de alta a un paciente, como en efecto y tristemente en este caso no sucedió, pero que los falladores omitieron en analizar, veamos:

“Lo anterior, por cuanto no existe evidencia cierta e incontrovertible que indique que la ocurrencia del accidente cerebro - vascular que padeció la señora Mercedes Toro de Gómez y que la causó la muerte, fuera por un diagnóstico no oportuno del vértigo de origen central; además, quedó demostrado que la entidad demandada no dejó de utilizar todos los recursos humanos, técnicos y científicos disponibles para identificar la patología.”

En este caso, sigue el fallador de instancia omitiendo valorar todas las pruebas, donde se demuestra que el demandado no utilizó todos los medios y posibilidades clínicas administrativas que tenía en su poder para brindar una adecuada atención y tratamiento a una paciente que por sus factores de riesgo, su sintomatología, representaban un mayor cuidado, y donde de modo alguno, puede decirse que no existía conexión frente a los hechos por los cuales consultó el primer día a la entidad demandada, y por los que consultó al día siguiente, y que posteriormente falleció en el Hospital San Jorge, no puede hablarse ni se logró demostrar que eran hechos aislados, y por el contrario, se evidenció que sus patologías de base eran factores de riesgo inminente de un ACV, y se enjuicia y se demostró que pese a que existían factores de riesgo, la demandada ESE, no realizó un proceso de atención adecuado acorde a la lex artis, que con todas y cada una de las pruebas obrantes se demostró que hubo claras falencias en la atención médica, veamos lo considerado y no compartido a la luz de los medios probatorios:

“Si bien la parte actora conforme al informe pericial rendido pretende que la falta de anotación en la historia clínica sobre la sintomatología referida de manera negativa por la paciente era una alteración de la historia y una omisión, esto no es suficiente para acreditar la supuesta falla alegada, por cuanto se reitera que nada en el acervo probatorio allegado al expediente permite concluir que, desde el ingreso de la paciente al servicio de urgencia el 5 de marzo de 2014, y luego al momento en que se presentó la agravación súbita de los síntomas, la atención haya sido descuidada y que el diagnóstico, la medicación y las observaciones no fueran las adecuadas a los síntomas que hasta entonces presentaba la paciente. Y tampoco resulta posible que se valore esa atención, órdenes y medicamento a la luz de la agravación súbita presentada posteriormente, pues ningún elemento de convicción permite sostener que los síntomas evidenciados en el examen de ingreso, con una alta probabilidad, evolucionarían negativamente.”

En efecto, a pesar de que en la demanda se indicó que la muerte fue consecuencia de no descartar la presencia de un vértigo de carácter central en la paciente, lo cierto es que la única referencia en el proceso al respecto son las anotaciones en la literatura médica que hace in extenso el apoderado judicial de la parte actora en la demanda y en el recurso de apelación; pero no existe evidencia de ello a través de la realización de una necropsia o de algún examen que así lo determine, y bajo la probabilidad de que pueda constituir una causa no puede la Sala establecer el daño antijurídico imputable a la E.S.E. Salud de Pereira, por intermedio de su personal médico de atención de urgencias.”

Contrario a lo manifestado aquí por el fallador de instancia, las pruebas son concluyentes que la sintomatología y patología presentada por la paciente, debían haber generado en el personal médico una mayor atención a la dispensada, pues el diagnóstico presuntivo aplicado no era el adecuado, pues como lo dijo el perito, se debía descartar vértigos o afectaciones de origen central que por lado alguno se evidenció conducta al respecto, y tristemente la afectación que generó la muerte de la hoy causante fue un accidente cerebro

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

vascular, donde las condiciones de tiempo, modo y lugar de lo ocurrido, vuelve y se repite no son aisladas y existe perfecta sincronía o conexión con la atención medica deficiente que le fue suministrada, y donde inclusiva la misma perito manifiesta que no se aplicó la conducta medica debida, con la cual hubiese podido tener una mejor atención, perdiéndose la oportunidad y el derecho de una mejor atención, y pese a que una ACV es una de las causas de muerte mas comunes, ello no implica que se releve la obligación de los médicos de atender de manera digna y oportuna, con base en todos los elementos e instrumentos a su mano, por el simple hecho que pueda o no ser una persona propensa a un ACV, lo que implicaría un sistema de atención inhumano, y con ello, estar justificando el fallador de instancia la mala atención médica, pro el simple hecho que igual podía fallecer la persona, lo cual no es justificable y menos a la luz de las pruebas existentes, veamos lo dicho:

“Ni del dictamen pericial ni de las declaraciones rendidas por los especialistas en el tema, es posible advertir que la causa del accidente cerebro-vascular fuera la falta de diagnóstico de vértigo de origen central, como uno de los posibles síntomas del ACV, ni mucho menos que al no descartar dicho vértigo se causaría las complicaciones en sus patologías de base y su muerte, pues dentro de la contradicción de la experticia, la médica internista es muy clara al señalar que “PREGUNTADO: Hubiera tenido posibilidad de mejorarse la señora Mercedes Toro realizando las recomendaciones que usted anota en su pericia. CONTESTO: Pues no lo sabemos, si la paciente finalmente tenía era un vértigo de origen central e hizo un accidente cerebrovascular, pues el accidente cerebrovascular constituye una de las principales causas de muerte en el mundo. Si la paciente tenía realmente era un ACV es difícil saber si se hubiera hecho un diagnóstico correcto si la paciente hubiera podido mejorar o no.”, aunado a ello ninguno de los galenos declarantes pudo acertar con el rigor que se requiere que la causa del accidente cerebrovascular que cursó la paciente cuando fue trasladada a la E.S.E. Hospital Universitario de San Jorge de Pereira, hubiese sido la atención dispensada el día 5 de marzo de 2014 por la E.S.E Salud Pereira, al no descartarse como posible síntoma un vértigo de carácter central, tal y como lo evidencian los libelista por activa.”

A continuación, concluye la sala del fallador accionado dando validez a una atención que, del simple análisis de las comunidades de pruebas practicadas legalmente e incorporadas al expediente, puede dan fe de una realidad muy diferente, donde es muy reprochable el actuar de la ESE demandada, conclusión que no es dable llegar, y que constituye a su vez una permisividad frente a la real y pesia atención que recibió la hoy causante, donde esta claramente evidenciado del dictamen pericial que no se analizó en conjunto y conforme el valor y las conclusiones que arrojó el mismo, sobre el diagnostico errado e incompleto, pues partiendo del poco análisis, era claro y así se demostró, el medico no debió haber dado de alta a la paciente causante con base en un diagnostico presuntivo, del cual no se agotaron o no se demostraron agotar todos y cada uno de los medios científicos existentes, y menos aún bajo los parámetros de atención y salida que se hayan demostrados en el caso, veamos lo dicho:

“La Sala encuentra que la parte demandante no demostró que se hubiera adelantado una atención negligente, pues contrario a lo afirmado por esta, si existió evidencia de la información sobre la consulta, la anamnesis, el examen físico realizado a la paciente, y la descripción de los recursos médicos utilizados para lograr un diagnóstico acertado, lo que permite concluir, que no se presentó una falla en la valoración de la paciente.

De igual manera, observa la Sala que en ningún momento hubo diagnósticos equivocados, o que no estuvieran relacionados con lo que la paciente refería y su buena evolución al momento de darle de alta en el servicio de urgencia de la entidad demandada.

Así, no existen en el expediente elementos suficientes que permitan aseverar de manera categórica que hubo un error en la atención prestada a la señora Toro de Gómez el 5 de marzo de 2014, ya que, según lo concluido por el dictamen médico, de acuerdo con el diagnóstico arrojado (vértigo periférico o paroxístico benigno), el tratamiento brindado a la paciente fue el adecuado, y dicha sintomatología podía ser controlada por un centro hospitalario del primer nivel, como ocurrió en este caso, y posteriormente dada su variación en el estado clínico para el día 6 de marzo de 2014,

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

la decisión más óptima fue remitirla a un hospital de tercer nivel, como lo es la E.S.E. HUSJ.

Así en el caso concreto, el Tribunal insiste en que no ha quedado probada la falla en la atención del servicio de urgencias prestado a la señora Mercedes Toro de Gómez y, de igual forma, encuentra no acreditada la falla por error en el diagnóstico y tratamiento brindado a la paciente en el hospital Kennedy de la E.S.E. Salud Pereira, toda vez que como viene de observarse tanto el diagnóstico como el tratamiento obedecieron a los síntomas exhibidos por la paciente, los cuales se agravaron sustancialmente en una y otra ocasión.

Lo anterior, sumado a las condiciones especiales en que se encontraba la señora Mercedes Toro de Gómez que dificultan al juez emitir un juicio sobre sus probabilidades de muerte frente a una hipotética atención distinta, dada su avanzada edad, su hipertensión arterial, su diabetes mellitus. Según la manifestación del Dr. Carlos Alberto Marulanda Valencia cuando ésta ingresó a la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira, en la cual consideró que esta se encontraba en estado preagónico, con un mal pronóstico.

De este modo, considera esta Sala, que le asistió razón al Juzgado Quinto Administrativo al denegar las súplicas de la demanda, por cuanto es cierto que en este caso, con los elementos probatorios aportados, no fue posible probar la existencia de una falla del servicio y mucho menos que la atención y tratamiento dado por el personal médico de la E.S.E. Salud Pereira, fuera el factor determinante que condujo al deceso de la señora Mercedes Toro de Gómez.

En otras palabras, no se demostró que los aspectos que en la apelación se señalan como posibles evidencias de la existencia de una falla médica en efecto hubieran ocurrido y que estos fueran la causa adecuada del deceso de la señora Mercedes Toro de Gómez, esto es, que el diagnóstico del personal médico no fuera el acertado, que medicación fuera errónea, que se hubiera necesitado exámenes adicionales para estos casos o que hubiera un inadecuado manejo de la situación frente de la evidencia de un vértigo periférico, pues todos refieren a aspectos técnicos propios de la ciencia médica que requerían de prueba, situación que en este caso se echa de menos.

Por tanto, procede un fallo adverso a las pretensiones de la parte actora, por lo que deberá ser confirmada la decisión emitida en primera instancia, por el Juzgado Quinto Administrativo de Pereira, el 12 de febrero de 2019.”

Bajo lo anterior, se considera que el fallador de segunda instancia, omitió valorar todas y cada una de las pruebas existentes en el plenario, en el mismo sentido que lo hizo el fallador de primera, incurriendo en los mismos errores y deficiencias de análisis que fueron expuestas frente al fallo de primera instancia, que para no hacer tan extenso de lo que ya es este escrito, se omiten realizar, pero solicitando que en el análisis constitucional, fuera del análisis preciso realizado hasta aquí frente al fallo de segunda instancia, se tenga en cuenta que las omisiones en el análisis probatorio, tienen relación a las ya expuestas frente al enjuiciamiento del fallo del A-quo.

DE LA IMPUTACIÓN DE RESPONSABILIDAD – FALLA EN EL SERVICIO POR ERROR EN EL DIAGNÓSTICO QUE SI SE HAYAN DEMOSTRADAS

Ahora bien, se encuentra que lo que hace que se genere esta acción constitucional es buscar la protección en sede de tutela de los derechos mínimos fundamentales alegados en vulneración por las sentencias aquí atacadas, pues las mismas incurren en un claro desconocimiento de las pruebas que legalmente se recopilaron en el proceso, y que de su análisis certero y real, muestran una realidad fáctica muy diferente a la declarada en las providencias atacadas, y donde en realidad, de haber hecho una valoración conforme el sentido y real valor y peso probatorio de tales pruebas, hubiesen dado un resultado muy diferente al que hoy se debate en esta sede constitucional.

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

Es de resaltar que en el presente caso se debate una falla en el servicio médico con ocasión de un error en el diagnóstico, resulta pertinente traer a colación una doctrina del Dr. Alberto León Duque Osorio, quien en su libro titulado Tema de Prueba en la Responsabilidad Medica, editorial Biblioteca Jurídica Dike, año 2014, expuso acerca de este tema, extractándose lo siguiente:

Con ponencia de Consejero de Estado, Doctor Jaime Orlando Santofimio, la Sección Tercera del Consejo de Estado, en Sentencia No. 20144 del 19 de agosto de 2011, se consideró:

“La sala considera que la demora en el procedimiento y tratamiento adecuado, deprecada por la parte actora, emerge de la demostración fundada como resultado de negligencia, ineptitud o incompetencia de la entidad demandada por intermedio de los facultativos que intervinieron, pues de la semiótica que revela la paciente, que sí bien dificultaba un diagnóstico y tratamiento preciso, exigía efectuar todos los estudios y exámenes adecuados para arribar a un procedimiento certero.”

(...)

El proceso de formación del diagnóstico puede verse rodeado de una pluralidad de circunstancias que, en no pocas veces, conducen a una posible equivocación en la emisión de la patología que efectivamente sufre el paciente, situación que se conoce con el nombre de error de diagnóstico, cuyo carácter puede ser excusable o inexcusable, siendo el segundo generador de responsabilidad por la existencia de una culpa médica o falla en la prestación del servicio, mientras que el primero no genera responsabilidad por la carencia de aquella culpa médica o falla del servicio.

La doctrina de responsabilidad medica señala:

“... entendemos haber sido determinantes al afirmar que el médico puede equivocarse al momento de diagnosticar, pues que no puede imponérsele el deber de hacer aceptar el mal del paciente y más cuando ha empleado todos los medios que la ciencia médica pone a su disposición. Aquello que será casual de responsabilidad del profesional médico, es el error inexcusable, es decir el que está vinculado a una conducta negligente que lo ha conducido al mismo que, como dice la doctrina (Lorenzetti, Responsabilidad civil de los médicos), ha sido revelador de una negligencia culpable y no ha brindado al médico razón alguna para errar.” (Subrayado fuera de texto)

Por su parte, se tiene que el Consejo de Estado – Sección Tercera – Subsección B, con ponencia del Dr. Ramiro Pazos Guerrero, en sentencia del 03 de octubre de 2016, bajo el radicado No. 05001-23-31-000-1999-02059-01 (40057), sobre el diagnóstico erróneo, sentó posición al establecer:

“4.2.2. La responsabilidad patrimonial del Estado por errores en el diagnóstico de enfermedades

Tal como lo ha señalado la Sala en oportunidades anteriores¹⁷, la falla médica involucra, de una parte, el acto médico propiamente dicho, que se refiere a la intervención del profesional en sus distintos momentos y comprende particularmente el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, incluidas las intervenciones quirúrgicas, y de otra, todas aquellas actuaciones previas, concomitantes y posteriores a la intervención profesional, que operan desde el momento en que la persona asiste o es llevada a un centro médico estatal, actividades estas últimas que están a cargo del personal paramédico o administrativo. Todas estas actuaciones integran el “acto médico complejo”, que la doctrina, acogida por la Sala¹⁸ clasifica en: (i) actos puramente médicos; (ii) actos paramédicos, que corresponden a las acciones preparatorias del acto médico, que por lo general son llevadas a cabo por personal auxiliar, en la cual se incluyen las obligaciones de seguridad, y (iii) los actos extramédicos, que corresponden a los servicios de alojamiento y manutención del paciente, clasificación que tuvo relevancia en épocas pasadas para efectos de establecer frente a los casos concretos el régimen de responsabilidad aplicable y las cargas probatorias de las partes.

En relación con el acto médico propiamente dicho, que es el tema de interés para la solución del caso concreto, los resultados fallidos en la prestación de ese servicio, tanto

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

en el diagnóstico, como en el tratamiento o en las intervenciones quirúrgicas, no constituyen una falla del servicio, cuando esos resultados son atribuibles a causas naturales, como aquéllos eventos en los cuales el curso de la enfermedad no pudo ser interrumpido con la intervención médica, bien porque el organismo del paciente no respondió como era de esperarse a esos tratamientos, o porque en ese momento aún no se disponía de los conocimientos y elementos científicos necesarios para encontrar remedio o paliativo para esas enfermedades, o porque esos recursos no están al alcance de las instituciones médicas del Estado.

Por lo tanto, en tales eventos, la falla del servicio se deriva de la omisión de utilizar los medios diagnósticos o terapéuticos aconsejados por los protocolos médicos; por no prever, siendo previsibles, los efectos secundarios de un tratamiento; por no hacer el seguimiento que corresponde a la evolución de la enfermedad, bien para modificar el diagnóstico o el tratamiento y, en fin, de todas aquellas actuaciones que demuestren que el servicio fue prestado de manera diferente a como lo aconsejaba la lex artis.

Uno de los momentos de mayor relevancia en la prestación del servicio médico lo constituye el diagnóstico, porque a partir del mismo se define el tratamiento posterior. Las fallas en el diagnóstico de las enfermedades y el consecuente error en el tratamiento están asociadas, regularmente, a la indebida interpretación de los síntomas que presenta el paciente o a la omisión de la práctica de los exámenes que resultaban indicados para el caso concreto. Por lo tanto, cuando el diagnóstico no es conclusivo, porque los síntomas pueden indicar varias afecciones, se incurre en falla del servicio cuando no se agotan los recursos científicos y técnicos al alcance para determinar con precisión cuál es la enfermedad que sufre el paciente. A este respecto, la Sala ha destacado en varias de sus providencias, lo señalado por la doctrina:

[E]l respeto a tales deberes, que debe darse en todos los casos, es de máxima exigencia cuando el enfermo presenta un cuadro polimorfo en sus síntomas y signos, que haga difícil el diagnóstico, obligando a emitir únicamente diagnósticos presuntivos. En tales circunstancias deben extremarse los medios para llegar a formular un diagnóstico cierto. Deben agotarse los análisis y demás recursos de la medicina actual. Empero no es suficiente su solicitud; es preciso su realización en tiempo oportuno -sin dilaciones o demoras inútiles- y su posterior estudio por el médico.

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

En el caso concreto, la Sala encuentra que la entidad no demostró que se hubiera adelantado una atención diligente, pues no existe evidencia de la información sobre la consulta, la anamnesis, el examen físico realizado al paciente, ni la descripción de los recursos médicos utilizados para lograr un diagnóstico acertado, lo que permite concluir, que se presentó una falla en la valoración médica del paciente.

Si bien el médico que atendió la consulta de urgencia de Carlos Andrés Noreña, en su declaración ante el comisionado Juzgado Segundo Civil Municipal de Itagüí, afirmó que “el padre del menor no manifestó que el objeto del trauma haya sido una aguja”, esto no resulta de tal relevancia que permita variar la referida conclusión, máxime cuando no se cuenta con la historia clínica, documento idóneo para sustentar dicha afirmación, así como para demostrar la realización del procedimiento médico protocolario que indicó haber realizado, con el fin de lograr un diagnóstico y un procedimiento acertados, cuya ausencia, se insiste, es imputable a la entidad, que también tenía la carga de probar su argumento consistente en que la información entregada por los familiares del paciente fue incorrecta, siendo claro que la sola declaración del médico que brindó la atención no permite obtener certeza sobre ello, máxime cuando es precisamente su actuación profesional la que aparece comprometida en los hechos, situación que lo deja en una situación de sospecha que impide derivar plena prueba de lo declarado por él respecto de su diligencia. (Subrayado y negrilla fuera de texto)

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

Como lo anota la doctrina y la jurisprudencia en cita, para establecer cuando se está ante un error de diagnóstico, es necesario estudiar la conducta del médico en las particulares circunstancias en que formuló su apreciación diagnóstica, realizando un juicio de comparación probatoria con un médico prudente quien situado en las mismas condiciones en que se hallaba el médico censurado, no habría incurrido en el desatino diagnóstico, debiéndose tener en cuenta, principalmente, cuáles habrían sido los medios indicados por los protocolos médico científicos utilizados para arribar a un diagnóstico aceptado.

El error médico generador de responsabilidad es el error inexcusable, el cual se presenta cuando se equivoca el diagnóstico por ausencia de conocimiento (impericia), por ligereza (no haber examinado lo suficiente al paciente antes, durante y después de la atención), o por no haber tomado los recaudos previos necesarios (estudios clínicos y de ayudas diagnósticas).

En este sentido, y contrario a lo manifestado por los falladores de primera y segunda instancia, en el presente caso existió un error en el diagnóstico médico, error que incluso bajo los anteriores parámetros fue advertido por la perito Dra. Escobar Falcón quien, ante las preguntas, contestó:

“Podría aclarar si conforme la pericia rendida por usted, si a la paciente Mercedes Toro de Gómez se le hizo valoración sobre la presencia de ataxia o tinítus.

R/: No a la paciente no se interrogó según la historia si había tinítus, según los datos, y no se valoró por completo la ataxia, por lo menos no se registró en el examen físico, ni tampoco en la revisión por sistemas que es cuando interrogamos, tampoco aparece un complemento allí.

(...)

A la paciente se le realizaron maniobras durante el examen médico para verificar o facilitar el diagnóstico de vértigo paroxístico.

R/: Pues por lo menos no se registraron si se realizaron, al examen físico no se registraron, el nistagmus es importante y no aparece nada sobre el nistagmus, no aparece nada sobre la marcha, y hay un examen que se llama la maniobra de helgsalpaig (sic), que es el examen para valorar el tipo de nistagmus, ese examen nos permite durante el examen físico tener una sensibilidad del 88% para evaluar si se trata de un vértigo periférico o un vértigo paroxístico benigno específicamente y no aparece registrado.

Doctora conforme su pericia en el literal a), donde anota que no se describe nistagmus, que existe presencia de inapetencia y ataxia, pero no se hace énfasis en la intensidad de la ataxia, que podría ser un factor diferenciador, y sobre el hecho de no interrogar respecto de la presencia de tinítus; bajo estas precisas anotaciones considera usted que la valoración inicial a la paciente Mercedes Toro de Gómez estuvo completa.

R/: Por lo que aparece, no aparece completa la revisión.

(...)

Doctora Respecto de la respuesta al literal b) de la pericia, cuando se interroga acerca del grado de complejidad patológica, y responde: “El primer día, si la consideración de vértigo periférico hubiere sido correcta, podría manejarse en primer nivel de complejidad”, frente a esto sírvase manifestar cual era la patología correcta de vértigo que presentaba la paciente, o si simplemente el diagnóstico de vértigo periférico no era la patología clínica que ella tenía.

R/: Lo que sucede es que en el primer resumen no aparece específicamente como estaba el nistagmus, como estaba la marcha de la paciente, si los síntomas de la inapetencia correspondían a disfagia o dificultad para tragar, entonces no es posible especificar si era un vértigo de origen central o un vértigo de origen periférico, si hubiera sido un vértigo de origen periférico si se puede manejar en primer nivel, pero no podemos asegurar con los datos que tenemos de la primera valoración si era un vértigo de origen periférico.

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

(...)

Conforme lo anotado por usted en el literal a), y teniendo presente las falencias del auscultamiento de los síntomas que presentaba la paciente para descartar uno u otro vértigo, la revisión por sistemas fue correcta.

R/: La revisión por sistemas por lo menos en lo que aparece allí no está completa, o por lo menos dice que todo está normal, entonces falta información al respecto.

Es lógico anotar en el estado neurológico que la paciente estaba bien (normal) y en el cardiovascular normal, cuando en la misma historia clínica se anota que existe hipertensión.

R/: Pues realmente había hipertensión sistólica **entonces no debía anotarse que estaba normal, en el examen físico en ese punto.**

(...)

Conforme las anotaciones que no existe una revisión completa por sistemas, porque el galeno culmina su atención con un diagnóstico presuntivo.

R/: Considero que como él no estaba seguro, y precisamente como no hizo una maniobra al examen físico y no tenía ningún laboratorio, ni ninguna imagen para confirmar el diagnóstico, pues concluyó que el diagnóstico era presuntivo.

Dada la patología que presentaba la señora Mercedes Toro de Gómez, y de los factores de riesgo ya anotados por usted, era posible dar de alta con diagnóstico presuntivo.

R/: Pienso que idealmente en este tipo cuadro y dados los factores de riesgo de la paciente, pues era importante hacer un seguimiento para mirar si el vértigo persistía, como se comportaban las cifras tensionales y como se comportaba el examen físico de la paciente.

(...)

A que se refiere usted en la respuesta al literal k) con “el tiempo de observación con un examen físico completo al revalorar a la paciente, incluyendo un fondo de ojo, por ejemplo, hubieran posiblemente determinado la necesidad de otros estudios”.

R/: Si no se le hubiera dado salida a la paciente sino que se hubiera evaluado completamente, el examen físico completo lo que hablábamos, mirar el nistagmus, las características del nistagmus, hacer la maniobra de helgsalpaig (sic), mirar la ataxia de la paciente, como estaba la marcha de la paciente, hacer un examen del fondo de ojo, todo esto nos hubiera permitido llegar a un mejor diagnóstico de la paciente, y la vigilancia dentro del periodo de observación, y mirar si había respuesta al dimenhidrinato, mirar cuanto duraba el periodo del vértigo, si tenía periodos de mejoría o no, esto hubiera permitido hacer un mejor diagnóstico.

Conforme la historia clínica a la paciente se le realizó un examen físico de revaloración completo.

R/: No, a la paciente se le hace un examen físico inicial y con base en ese examen físico inicial se toma la conducta médica, pero no hay un periodo de observación, y por lo tanto no hay un periodo de un nuevo examen físico o revaloración.

De la respuesta al literal l) de su pericia, nos puede decir si la atención que recibió la señora Mercedes Toro de Gómez cumplió con todos los protocolos médicos que dicta la lex artis.

R/: Básicamente acorde a lo que está registrado en la historia clínica, no se le realizó un examen físico completo, no sabemos si se interrogaron completamente todos los síntomas, especialmente en la revisión por sistemas en lo que respecta a la parte neurológica y no hubo un periodo de observación.

Si se hubiese realizado las valoraciones físicas por nistagmus, severidad de la ataxia, la marcha, cambios motores y sensitivos, dismetría o reflejos anormales, así como realizar un periodo de observación, y se hubiesen agotado los estudios requeridos como

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

revisión por imágenes tipo tomografía axial computarizada de cráneo simple; hubiesen permitido tener un tratamiento más adecuado.

R/: Si, un examen físico completo, la remisión a otro nivel y los estudios imagenológicos hubiesen permitido un mejor estudio y por lo tanto un mejor tratamiento.

Si se hubiesen hecho otros exámenes complementarios, el diagnóstico hubiere sido no presuntivo, sino diferencial o definitivo.

R/: Si se hubiesen podido hacer otros estudios sí, a lo que tú te refieres con otros estudios si necesitaba de una remisión a un nivel diferente de atención, entonces con el examen médico debió haberse tomado esa conducta.

Los estudios médicos que aparecen anotados en la historia clínica como la glucometría, era un estudio completo para determinar a ciencia cierta la patología que presentaba la señora Mercedes Toro de Gómez.

R/: No, la glucometría es muy importante en el contexto de esta paciente porque es una paciente diabética y puede explicar el cuadro inicial de mareo, pero no es suficiente para realizar un diagnóstico confirmatorio de la patología de vértigo.

Cuando la apoderada de la parte demandada pregunta a la perito acerca de si el resultado de glucometría, conforme la nota de enfermería, es importante la observación que deja la perito al establecer: "Cuando se toma durante el día cuando la persona no está en ayuno, la meta es que este menor de 180, en ese orden de ideas la glucometría está bien, lo otro es que es una impresión de enfermería, pero la glucometría está bien." (Subrayado y negrilla del suscrito)

Y bajo esta orbita de demostración de responsabilidad administrativa, se encuentra que aún más está probada la misma, en el sentido que la falta o ausencia de un tratamiento adecuado, que en la realidad fue erróneo, generó para la señora Mercedes Toro de Gómez por la deficiente prestación del servicio médico, la pérdida de una posibilidad de mejoría o de no ocurrencia de los hechos, por lo siguiente:

De la aclaración al dictamen pericial rendido por la Dra. Ana María Escobar Falcón, la misma expuso lo siguiente:

"Conforme lo anotado por usted en el literal a), y teniendo presente las falencias del auscultamiento de los síntomas que presentaba la paciente para descartar uno u otro vértigo, la revisión por sistemas fue correcta.

R/: La revisión por sistemas por lo menos en lo que aparece allí no está completa, o por lo menos dice que todo está normal, entonces falta información al respecto.

Conforme las anotaciones que no existe una revisión completa por sistemas, porque el galeno culmina su atención con un diagnóstico presuntivo.

R/: Considero que como él no estaba seguro, y precisamente como no hizo una maniobra al examen físico y no tenía ningún laboratorio, ni ninguna imagen para confirmar el diagnóstico, pues concluyo que el diagnóstico era presuntivo.

Dada la patología que presentaba la señora Mercedes Toro de Gómez, y de los factores de riesgo ya anotados por usted, era posible dar de alta con diagnóstico presuntivo.

R/: Pienso que idealmente en este tipo cuadro y dados los factores de riesgo de la paciente, pues era importante hacer un seguimiento para mirar si el vértigo persistía, como se comportaban las cifras tensionales y como se comportaba el examen físico de la paciente.

(....)

A que se refiere usted en la respuesta al literal k) con "el tiempo de observación con un examen físico completo al revalorar a la paciente, incluyendo un fondo de ojo, por ejemplo, hubieran posiblemente determinado la necesidad de otros estudios".

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

R/: Si no se le hubiera dado salida a la paciente sino que se hubiera evaluado completamente, el examen físico completo lo que hablábamos, mirar el nistagmus, las características del nistagmus, hacer la maniobra de helgsalpaig (sic), mirar la ataxia de la paciente, como estaba la marcha de la paciente, hacer un examen del fondo de ojo, todo esto nos hubiera permitido llegar a un mejor diagnóstico de la paciente, y la vigilancia dentro del periodo de observación, y mirar si había respuesta al dimenhidrinato, mirar cuanto duraba el periodo del vértigo, si tenía periodos de mejoría o no, esto hubiera permitido hacer un mejor diagnóstico.

Conforme la historia clínica a la paciente se le realizó un examen físico de revaloración completo.

R/: No, a la paciente se le hace un examen físico inicial y con base en ese examen físico inicial se toma la conducta médica, pero no hay un periodo de observación, y por lo tanto no hay un periodo de un nuevo examen físico o revaloración."

Y concluye la perito con respuesta a los siguientes interrogantes:

"Si se hubiese realizado las valoraciones físicas por nistagmus, severidad de la ataxia, la marcha, cambios motores y sensitivos, disimetría o reflejos anormales, así como realizar un periodo de observación, y se hubiesen agotado los estudios requeridos como revisión por imágenes tipo tomografía axial computarizada de cráneo simple; hubiesen permitido tener un tratamiento más adecuado.

R/: Si, un examen físico completo, la remisión a otro nivel y los estudios imagenológicos hubiesen permitido un mejor estudio y por lo tanto un mejor tratamiento.

Si se hubiesen hecho otros exámenes complementarios, el diagnóstico hubiere sino no presuntivo, sino diferencial o definitivo.

R/: Si se hubiesen podido hacer otros estudios sí, a lo que tú te refieres con otros estudios si necesitaba de una remisión a un nivel diferente de atención, entonces con el examen médico debió haberse tomado esa conducta."

De esta manera se encuentra más que probado que todas las fallas en el proceso de valoración y juicio diagnóstico, generaron una pérdida ostensible de la oportunidad de un mejor tratamiento y su consecuente mejoría, circunstancias que no fueron advertidas por las autoridades judiciales accionadas, por la limitada o escasa valoración probatoria de todos y cada uno de los medios probatorios, y en especial de aquellos, que por su relevancia procesal y probatoria, merecían un análisis más riguroso y de sopesar las condiciones y virtualidad demostrativa de los mismos, que con ello, el resultado procesal final en este proceso de responsabilidad médica hubiese sido diferente al ya hoy cuestionado en sede constitucional.

CONCLUSION FINAL

Para concluir la argumentación de procedencia de esta acción constitucional, así como se realizó en las instancias procesales ordinarias, y teniendo en cuenta todos los argumentos, pruebas, leyes, doctrina y jurisprudencia aquí expuestos que fueron desconocidos, es pertinente hacer una alusión de los argumentos de negativa del Despacho fallador de primera y segunda instancia, así:

Exponen el Juez que no se encuentra acreditado que la atención del 05 de marzo de 2014 resultó errada, y que el diagnóstico de vértigo paroxístico fuera incorrecto, pues no existe cuenta o prueba que la causa de la muerte de la señora Toro de Gómez, fuese por un vértigo de origen central.

Análisis

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

A ello debe manifestarse que resulta curioso que al día siguiente la paciente Toro de Gómez acuda nuevamente a urgencias, con sus signos vitales más alterados y se registre un ACV, de igual manera, si se hubiese analizado por el A-quo la historia clínica del Hospital San Jorge donde fue remitida, de la misma se encuentra que la causa de la patología o enfermedad que aquejaba a la paciente era un infarto cerebral o un ACV, entonces se pregunta el suscrito si era un vértigo paroxístico, según el Juez, apoyando la actuación médica del 05 de marzo, porque solo existió un diagnóstico presuntivo o impresión diagnóstica, y al día siguiente la paciente presenta un ACV, cuando es claro desde el punto de vista médico, que ambos vértigos tienen similitudes, pero dadas las características de la paciente Toro de Gómez (Factores de riesgo), **ERA IMPERATIVO, PRUDENTE Y DILIGENTE HABER DESCARTADO ESTE VÉRTIGO MAS PELIGROSO Y DAÑINO.**

Se puede apreciar de la nota de ingreso al San Jorge (Fl. 32 cuaderno 2), lo siguiente:

DIAGNOSTICOS DE INGRESO	
Ingreso/Relacionado	A09X DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO
Ingreso/Relacionado	D002 CARCINOMA IN SITU DEL ESTOMAGO
Ingreso/Relacionado	E114 DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES NEUROLOGICAS
Ingreso/Relacionado	G463 SINDROMES APOPLETICOS DEL TALLO ENCEFALICO (I60-I67a)
Ingreso/Relacionado	I10X HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)

MEDICINA GENERAL	Página 1/12
JINA PAOLA BURBANO OBANDO	
1088276080	

Ingreso/Relacionado	I64X ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO AGUDO, NO ESPECIFICADO COMO HEMORRAGICO O ISQUEMICO
Ingreso/Relacionado	I679 ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA

Y del egreso, se consignó en la historia clínica lo siguiente:

DIAGNOSTICOS DE EGRESO	
Egreso	E114 DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES NEUROLOGICAS
Egreso	I64X ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO AGUDO, NO ESPECIFICADO COMO HEMORRAGICO O ISQUEMICO
Egreso	I679 ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA
Egreso	R960 MUERTE INSTANTANEA
Egreso	Z930 TRAQUEOSTOMIA
Egreso	Z931 GASTROSTOMIA

INFORMACIÓN DE LA EPICRISIS

Servicio de Egreso Ninguna Fecha Egreso: 23/marzo/2014 06:08 a.m. Estado Paciente: VIVO

Motivo Consulta:

Motivo de Remisión: enviado de quirófano Motivo de Remisión: fue encontrado con incapacidad para pararse y comunicarse

Enfermedad Actual:

Enfermedad Actual: paciente quien asistió hoy a quirófano para realizarle cirugía y es devuelto de allí a urgencias porque ha estado con diarrea y colico en el triaje se encuentra un poco deshidratado se decide ingresar para hidratación Enfermedad Actual: paciente que vive sola no hay buena información porque vive sola hipertensa diabética al parecer en tto con en tto con metformina 850 bid, y verapamilo pero no saben de cuanto, ni cuanto, quien fue encontrada en la casa no se comunicaba por disartria, ni era capaz de deambular por lo cual fue llevada ayer a unidad local de Kennedy de allí le dieron de alta con dx de vértigo anoche, hoy es llevada de nuevo por que la disartria evoluciono a afasia inquietud, es llevada de nuevo a Kennedy de donde viene con dx de acv traída por médico gral como urgencia vital

Inclusive en la nota de enfermería de la profesional Claudia Lorena Goyes Collazos del 06 de marzo de 2014 a las 9:28 am, se anota como motivo de reconsulta: "Paciente con

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

deterioro de su estado neurológico, posible ECV (Enfermedad Cerebro Vascular¹⁶), se indica remisión como urgencia vital, veamos (Folio 31 cuaderno 2):

EVOLUCIÓN

PACIENTE CON DETERIORO DE SU ESTADO NEUROLOGICO, POSIBLE ECV, SE INDICA REMISION COMO URGENCIA VITAL

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 660010033200-FV-7895090

Principal de consulta: [I10X] HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA) - Impresión diagnóstica

Relacionado a la consulta: [I678] OTRAS ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES ESPECIFICADAS

Servicio de egreso: 1200 Consulta Atención Médica Permanente (Urgencias)

Fecha y hora de egreso: 10-Mar-2014 08:31 am

CONDUCTA A SEGUIR

● R CANULA 3L MIN
● MONITORIZACION
● EKG

RITMO SINUSAL NO SIGNOS DE ISQUEMIA

● PACIENTE OCASIONALMENTE RESPONDE A ESTIMULOS Y AL LLAMADO, SIN INTERACCIÓN, SE INDICA REMISION COMO URGENCIA VITAL
● SSN 0.9% 250CC EN 1 HORA
● FUROSEMIDA AMP 20MG 1/2 AMP IV DILUIDO LENTO
● SE INFORMA A PERSONAL DE ENFERMERIA PARA TRAMITE DE AMBULANCIA

EVOLUCIÓN

NOTA DE INGRESO

PACIENTE QUE IONGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS EN COMPAÑIA DE LA HIJA MOTIVO DE CONSULTA" PACIENTE QUE NO RESPONDE AL LLAMADO NI A ESTIMULOS"

PACIENTE CONCIENTE HIDRATADA AFEBRIL DECAIDA SOMNOLIENTA FUE VALORADA POR LA DOCTORA GOYES QUIEN ORDENA LLEVARSELA COMO URGENCIA VITAL SE LE REALIZA EKG YA VALORADO SE REALIZA GLUCOMETRIA DE 185 SE REALIZA SATURACION DE 86 % CON OXIGENO POR CANULA NASAL A 3 LITROS ES TRASLADADA EN AMBULANCIA DE LA ESE SALUD PEREIRA EN COMPAÑIA DE LA FAMILIA Y EL UUX DE ENFERMERIA

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: NORMAL

Frec. cardiaca: 60, Frec. respiratoria: 14, Temperatura: 37.5°C, Peso: --, Talla: --, IMC: 0.00 Sin clasificar, Perímetro cintura: --, Saturación O2: 97.0%, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO
Tensión arterial: Sentado: 197 / 97 (Hipertensión, estadio 3), Acostado: --, De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

Consideran adecuado el manejo dado a la paciente, pues conforme la pericia, el 90% de los vértigos son de origen periférico y que, de este caso, el manejo dado con líquidos y dimenhidrinato fue el adecuado.

Análisis

Debo manifestar que la conclusión a la que llega el A-quo es con el debido respeto, negligente y corta, pues si bien el 90% de los casos de vértigo son periféricos, es decir, no graves, **QUE PASA CON EL OTRO 10%**, o es que acaso la ciencia médica solo se basa en porcentajes o estadísticas, o es que acaso por ser solo un 10%, no se deben tener en cuenta las personas con antecedentes familiares y clínicos como la señora Mercedes Toro de Gómez, debió recordar el Juez, o más bien analizar que de la pericia también es claro que LAS PERSONAS CON FACTORES DE RIESGO COMO HIPERTENSION O DIABETES, EL VÉRTIGO NO SOLO ES PAROXÍSTICO, SINO QUE DEBE DESCARTARSE EL ORIGEN CENTRAL, y en el presente caso no existe prueba alguna que demuestre que en el acto médico el galeno propendió por descartar el origen central del vértigo, pues inclusive se logró demostrar que ni siquiera revaloro a la paciente para verificar como profesional que es, que el tratamiento fuese el adecuado.

Exponen que como los síntomas aducidos en la valoración de la paciente conforme las pautas medicas pueden corresponder a ambos tipos de vértigo, sin ser específicos de un vértigo de origen central, no se puede predicar un error en el diagnóstico.

Análisis

Aquí existe una gran contradicción del Despacho fallador de primera instancia, pues en el primer y segundo argumento de negativa expone que no existe prueba que la causa del daño hubiese sido un vértigo central y que el vértigo que existió fue el paroxístico y su manejo fue adecuado, pero en este argumento establece que conforme a la literatura el vértigo es de dos tipos, y que los síntomas pueden corresponder a cualquiera de ellos, y que por eso no se puede predicar error en el diagnóstico; allí yerra el Despacho, pues como se ha debatido hasta el cansancio, el error esta en no descartar el origen central del vértigo,

¹⁶ Definición de literatura médica. ECV – Enfermedad Cerebro vascular. No es una nota de la historia clínica.

pues debía hacerlo, era un imperativo médico dada la calidad del paciente que tenía (MUJER – MAYOR DE 65 AÑOS - DIABETICA – HIPERTENSA).

Los Juzgadores de Instancia tienen por ciertas las afirmaciones del médico involucrado en la atención de la señora Mercedes Toro de Gómez, pese a que reconoce que no existen registros relevantes en la historia clínica, y pese a que la ley es clara sobre el registro de la misma, pero se aduce o infiere de los fallos, que pese a ser clara la ley, no dice que datos positivos o negativos deben consignarse, por ende, considera que los datos que adolece la historia clínica no son un incumplimiento al deber de registrar datos en la historia clínica, y no implican error en el diagnóstico.

Con lo anterior, concluyen los falladores, que no se logró acreditar la configuración de un error en el diagnóstico médico alegado, toda vez que considera que la sintomatología presentada, el examen físico y revisión por sistemas elaborada por el galeno, el manejo clínico dado y la utilización de los medios advertidos no permiten predicar la existencia de un error inexcusable en la labor del médico tratante, y menos aún se probó que la paciente padeciera de vértigo de origen central cuando ingreso al servicio de urgencias de la ESE Salud Pereira para el 5 de marzo de 2011, por lo que consideran que no se evidencia una falla en el servicio médico de la entidad demandada.

Análisis

Aquí es más delicado y más ilógico el análisis efectuado por el A-quo, pues desconocer parámetros legales y jurisprudenciales sobre la materia o práctica médica, en este caso en el diligenciamiento de la historia clínica, donde se demostró claramente en el proceso, bien sea por vía documental, doctrinal, jurisprudencial y legal que, SÍ CONSTITUYEN ERRORES INEXCUSABLES DEL GALENO EL INCORRECTO DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLINICA, SITUACION QUE DE MANERA LOGICA CONLLEVA A UN DIAGNOSTICO ERRADO, pues al no tener en cuenta todos los protocolos médicos que de manera clara exige la ley y la *lex artis*, es claro que el diagnóstico ha sido errado o incompleto, situaciones estas que no pueden esconderse o no tenerse en cuenta como así a bien lo tuvo el A-quo.

Así las cosas, se encuentra que en el presente caso se alegó y se logró demostrar como falencias en la prestación del servicio médico, las siguientes:

1. No se tuvo en cuenta la hipertensión con la cual llegó la paciente Mercedes Toro de Gómez, y mucho menos los factores de riesgo que esta presentaba y que fueran consignados en la historia clínica.
2. Se dispensó el tratamiento médico con base en un diagnóstico presuntivo, sin que primero se realizaran exámenes paraclínicos con miras a llegar a un diagnóstico definitivo, con el cual pudieran haber descartado otras patologías que conforme los factores de riesgo y la sintomatología presentada por la paciente, que podían asociarse y que podían representar un peligro asociado a dichos factores de riesgo.
3. Existió un erróneo diligenciamiento de la historia clínica, pues pese a darse un diagnóstico de vértigo paroxístico benigno, el cual lógicamente afectaba el sistema neurológico, se anotó en la historia clínica que el sistema neurológico estaba normal, por lo que existe una seria contradicción en la elaboración de la historia clínica, lo cual hace evidente una mala práctica médica, la cual es inexcusable de un profesional de la medicina.
4. No se examinó en debida forma a la paciente, ni se le realizaron los exámenes paraclínicos para llegar a un diagnóstico acertado, pese a conocer los factores de riesgo que estaban previamente identificados, y con ello poder descartar otras patologías asociadas que podían implicar la necesidad de un nivel de atención

superior, pues solo se dio tratamiento con un diagnóstico presuntivo, sin descartar otras patologías relacionadas.

5. Desconoció el personal médico que el vértigo es de dos tipos (paroxístico benigno y de origen central), y que ambos presentan sintomatologías similares, pero que el vértigo central, está íntimamente asociado a los factores de riesgo o condiciones inmodificables que presentaba la paciente (Mujer – Mayor de 67 años – Hipertensa – Diabética), y pese a ello no se previó descartar la patología de origen central que implicaba un mayor riesgo.
6. El proceso de juicio diagnóstico fue incompleto, erróneo y la historia clínica como prueba reina del proceso de atención y diagnóstico de la patología por la cual asistió la paciente, no refleja un actuar diligente, prudente y acorde a la ciencia médica o a los protocolos médicos existentes.
7. Se encuentra probado que la paciente en el proceso diagnóstico, posterior al tratamiento médico dispensado, no fue revalorada para verificar la evolución o mejoría de su patología, conforme el diagnóstico presuntivo dado, y solo se demostró que el personal auxiliar (enfermera) fue la que dio de alta a la paciente, pese a que el diagnóstico presuntivo en este caso, el tratamiento médico y la evolución, son actuaciones inherentes únicamente al personal médico profesional y no al asistencial, como ocurrió en este caso, error u omisión que es inexcusable para un galeno.

Demostraciones que, pese a que probatoria, legal y jurisprudencialmente haya respaldo en el presente caso, fueron desconocidas, no analizadas y menos desvirtuadas por las autoridades judiciales accionadas, y que son en extenso, las circunstancias por las cuales existe la vulneración de derechos aquí alegada.

VI. PRETENSIONES

De acuerdo con los fundamentos de hecho y de derecho consignados, respetuosamente solicito de manera comedida al señor Juez Constitucional que de la valoración que pueda realizar de forma íntegra a los medios de prueba, conforme con los criterios de omisión probatoria puestos a su conocimiento en extenso, concluye proceder declarar lo siguiente:

1. Que el Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda en la Sala de Decisión conformada por los Magistrados Dr. Leonardo Rodríguez Arango, Dr. Fernando Alberto Álvarez Beltrán, y Dra. Dufay Carvajal Castañeda, y el Juzgado Quinto Administrativo de Pereira en decisión proferida por su entonces Juez Dr. Julián Andres Velasco Alban, transgredieron los derechos fundamentales al debido proceso, la igualdad y acceso a la administración de justicia de la accionante con las decisiones de primera y segunda instancia contenidas en los fallos dictados el día 12 de febrero de 2019 y 18 de septiembre de 2020, dentro del proceso de Reparación Directa radicado bajo el No. 66001-33-33-751-2015-00462-01 (L-0257-2019).
2. Que como consecuencia de la declaración anterior, ordenar Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda en la Sala de Decisión conformada por los Magistrados Dr. Leonardo Rodríguez Arango, Dr. Fernando Alberto Álvarez Beltrán, y Dra. Dufay Carvajal Castañeda, dejar sin efecto la providencia referida del 18 de septiembre de 2020, y en su lugar, produzca una nueva, por medio de la cual se revoque el fallo del pasado 12 de febrero de 2019 emitido en primera instancia por el Juzgado 5 Administrativo de Pereira, por su entonces Juez Dr. Julián Adres Velasco Alban, atendiendo al estricto y correcto análisis de los medios de prueba existentes en el plenario, así como en acatamiento de los preceptos jurisprudenciales del Consejo de Estado aplicables a la materia de estudio.

VII. ANEXOS

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

- Poder para actuar.
- Sentencia de Primera Instancia emitida por el Juzgado 5 Administrativo de Pereira.
- Segunda Instancia Dictada por el Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda.
- Copia de la acción de tutela y anexos para la parte accionada.

VIII. JURAMENTO

En cumplimiento del artículo 14 del Decreto 2591 de 1991, me permito manifestar que no he presentado acciones de tutela respecto de las mismas partes y hechos aquí relatados.

IX. NOTIFICACIONES

La parte accionante y el suscrito apoderado se notificarán en la Calle 18 No. 8-41 Oficina 403 Edificio Banco Cafetero de Pereira. Celular: 3104621428. E-mail: andresm_0121@hotmail.com.

La parte accionada Juzgado 5 Administrativo de Pereira se notificará en la Calle 39 No. 5-38 Piso 2, secretaria del Despacho en la ciudad de Pereira. Teléfonos: 3498158.

La parte accionada Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda se notificará en el Palacio de Justicia Calle 41 entre carrera 7 y 8, Torre C, Piso 5, secretaria del Tribunal Contencioso, de la ciudad de Pereira. Teléfonos: 3147712. Ext. 143.

Gracias por la atención brindada.

Atentamente,



ANDRES MAURICIO AGUDELO GOMEZ

CC. No. 1.088.256.490 de Pereira

TP. No. 203.863 del Consejo Superior de la Judicatura.

Señores:

CONSEJO DE ESTADO

Bogotá D.C.

Ref.: Acción de tutela.

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal de lo Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado Quinto Administrativo de Pereira

Cordial saludo,

ANDRES MAURICIO AGUDELO GOMEZ, mayor y vecino de Pereira / Risaralda, identificado con la cedula de ciudadanía No. 1.088.256.490 de Pereira, portador de la tarjeta profesional No. 203.863 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en calidad de apoderado judicial de la señora María Eugenia Giraldo Toro, identificada con cedula de No. 42.101.736, Wilson Andres Rave Giraldo, identificado con cédula No. 1.093.230.679, Luisa Fernanda Quintero Giraldo, identificada con cedula No. 1.088.270.125, Francisco Javier Toro Buitrago, identificado con cedula No. 10.007.770, Blanca Maryuri Villegas Arias, identificada con cedula No. 1.088.247.428, y en nombre de su hija Karen Maryuri Arias Villegas, Luis Fernando Giraldo Toro, identificado con cedula No. 10.016.855, por medio del presente escrito me permito presentar Acción de Tutela contra el **Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda** Sala de Decisión conformada por los Magistrados Dr. Leonardo Rodríguez Arango, Dr. Fernando Alberto Álvarez Beltrán, y Dra. Dufay Carvajal Castañeda, así como en contra del **Juzgado Quinto Administrativo de Pereira** en decisión proferida por su entonces Juez Dr. Julián Andres Velasco Alban, con el fin de que se protejan los derechos constitucionales del debido proceso, la igualdad y acceso a la administración de justicia contenidos en la Constitución Política de Colombia, que se encuentran siendo vulnerados con ocasión de los fallos de primera y de segunda instancia dictados el día 12 de febrero de 2019 y el día 18 de septiembre de 2020, dentro del proceso de Reparación Directa radicado bajo el No. 66001-33-33-751-2015-00462-01 (L-0257-2019), mediante el cual se negaron las súplicas de la demanda impetrada, y en su lugar la entidad accionada procedió a negar las suplicas de la demanda.

I. LEGITIMACION EN LA CAUSA POR ACTIVA

El artículo 86 de la Carta Política, es del siguiente contenido:

*“**ARTICULO 86.** Toda persona tendrá acción de tutela para reclamar ante los jueces, en todo momento y lugar, mediante un procedimiento preferente y sumario, por sí misma o por quien actúe a su nombre, la protección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales, cuando quiera que éstos resulten vulnerados o amenazados por la acción o la omisión de cualquier autoridad pública.*

La protección consistirá en una orden para que aquel respecto de quien se solicita la tutela, actúe o se abstenga de hacerlo. El fallo, que será de inmediato cumplimiento, podrá impugnarse ante el juez competente y, en todo caso, éste lo remitirá a la Corte Constitucional para su eventual revisión.

Esta acción solo procederá cuando el afectado no disponga de otro medio de defensa judicial, salvo que aquella se utilice como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable.

En ningún caso podrán transcurrir más de diez días entre la solicitud de tutela y su resolución.

La ley establecerá los casos en los que la acción de tutela procede contra particulares encargados de la prestación de un servicio público o cuya conducta afecte grave y directamente el interés colectivo, o respecto de quienes el solicitante se halle en estado de subordinación o indefensión.”

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

Por su parte el artículo 10 del Decreto 2591 de 1991, expresa:

“Artículo 10. Legitimidad e interés. La acción de tutela podrá ser ejercida, en todo momento y lugar, por cualquiera persona vulnerada o amenazada en uno de sus derechos fundamentales, quien actuará por sí misma o a través de representante. Los poderes se presumirán auténticos.

También se pueden agenciar derechos ajenos cuando el titular de los mismos no esté en condiciones de promover su propia defensa. Cuando tal circunstancia ocurra, deberá manifestarse en la solicitud.

También podrán ejercerla el Defensor del Pueblo y los personeros municipales”

Tales disposiciones, reflejan el querer del constituyente respecto de la legitimidad para accionar a través de mecanismo de tutela, debiéndose concluir en que tal posibilidad procesal, está fijada para **“toda persona”** que estime necesario reclamar ante los Jueces de la Republica la protección de sus derechos constitucionales fundamentales, en virtud, de la amenaza o violación, por la acción u omisión de cualquier autoridad.

Dentro del concepto de autoridad, indudablemente, están comprendidos los Jueces de la Republica de todas las jerarquías; así entonces las actuaciones ejercidas en cumplimiento de la función jurisdiccional, bajo ciertas condiciones, pueden ser controladas por vía de acción de tutela.

II. PROCEDENCIA EXCEPCIONAL DE LA ACCION DE TUTELA CONTRA PROVIDENCIAS JUDICIALES

La posibilidad jurídica de formular acción de tutela contra providencias judiciales requiere de unos requisitos especiales definidos por la jurisprudencia.

1. Fundamento Constitucional.

El artículo 86 de la Constitución Política de 1991 señala, que la acción de tutela procede contra toda *“acción o la omisión de cualquier autoridad pública”*. Las autoridades judiciales son autoridades públicas que en el ejercicio de sus funciones deben ajustarse a la Constitución y la Ley, y garantizar la efectividad de los principios, deberes y derechos fundamentales reconocidos en la Constitución Política. Por esta razón, la Corte Constitucional ha admitido la procedencia de la acción de tutela contra providencias judiciales que infringen los derechos fundamentales de las partes, en particular el derecho al debido proceso, y que se apartan notablemente de los mandatos constitucionales. Sin embargo, la Corte ha precisado que la procedencia de la acción de tutela en estos casos debe ser excepcional, en atención a los principios de cosa juzgada, autonomía e independencia judicial, seguridad jurídica, y a la naturaleza subsidiaria de la acción de tutela.

En desarrollo del artículo 86 constitucional, el Decreto 2591 de 1991 previó la posibilidad de vulneración de derechos fundamentales por las autoridades judiciales en sus decisiones. La Corte Constitucional, mediante la sentencia C-543 de 1992, declaró inexecutable los artículos 11, 12, y 40 del Decreto, los cuales se referían a la caducidad y la competencia especial de la tutela contra providencias judiciales. En aquel momento, la Corte consideró que la acción de tutela no había sido concebida para impugnar decisiones judiciales y que permitir su ejercicio contra tales providencias, vulneraría los principios de cosa juzgada y seguridad jurídica, además de transgredir la autonomía e independencia judicial.

No obstante, la declaración de inexecutable de los artículos 11, 12 y 40 del Decreto 2591 de 1991, la Corte mantuvo abierta la posibilidad de interponer acciones de tutela contra

providencias judiciales cuando estas constituyan manifiestas *vías de hecho*. Así, a partir de 1992, la Corte comenzó a admitir la procedencia de la tutela contra decisiones judiciales que constituyen vías de hecho, es decir, decisiones manifiestamente arbitrarias porque, por ejemplo, (i) se basan en normas evidentemente inaplicables (defecto sustantivo), (ii) son proferidas con carencia absoluta de competencia (defecto orgánico), (iii) se basan en una valoración arbitraria de las pruebas (defecto factico), o (iv) fueron proferidas en un trámite que se apartó ostensiblemente del procedimiento fijado por la normativa vigente (defecto procedimental). Con el paso del tiempo, el Alto Tribunal en su jurisprudencia fue identificando otros defectos constitutivos de vías de hecho.

Es de precisar, que la doctrina de las “vías de hecho” fue replanteada en la sentencia C-590 de 2005. En este fallo, la Corte señaló que el desarrollo jurisprudencial ha conducido a diferenciar dos tipos de requisitos de procedencia de la acción de tutela contra providencias judiciales: (i) unos requisitos generales de naturaleza estrictamente procesal, y (ii), unos requisitos específicos de naturaleza sustantiva que recogen los defectos que antes eran denominados vías de hecho. Veamos:

Requisitos generales de procedencia excepcional de la acción de tutela contra providencias judiciales.

Los requisitos generales de procedencia señalados en la sentencia C-590 de 2005, son condiciones de procedimiento que buscan hacer compatible la procedencia de la acción de tutela contra providencias judiciales, con la eficacia de principios de estirpe constitucional y legal como la seguridad jurídica, la cosa juzgada, la independencia y autonomía del juez, y la distribución jerárquica de competencias al interior de la rama judicial. Estos requisitos son los siguientes y serán argumentados para el caso concreto:

a. “Que la cuestión que se discuta resulte de evidente relevancia constitucional.”

Teniendo en cuenta que los derechos que se estiman vulnerados con la decisión del Tribunal Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira, corresponden al debido proceso, igualdad y del acceso a la administración de justicia, derechos todos de estirpe constitucional.

Así como también se encuentra que en el presente caso existe una controversia referente a un desconocimiento de las sentencias del Consejo de Estado como órgano de cierre en lo contencioso administrativo, las cuales producen unos efectos vinculantes frente a: i) la administración en procura de que, por esta, se resuelvan asuntos de manera similar, cuando se acredite por los peticionarios encontrarse bajo los mismo supuestos facticos y jurídicos en ellas analizados, y, ii) los jueces de menor jerarquía que deben acoger los enfoques fijados por el órgano de cierre para decidir litigios con similitud jurídico-fáctica.

Teniendo en cuenta que el propósito de la alta corte y sus decisiones o precedente jurisprudencial, buscan generar “...el deber de las autoridades administrativas y **judiciales de hacer una interpretación uniforme y coherente de las normas jurídicas y de garantizar el derecho a la igualdad y la seguridad jurídica es un mandato general**, directo y de aplicación inmediata que se debe cumplir en cualquier actuación administrativa.”, cualquier infracción frente a derechos fundamentales que se suscite con la expedición de una providencia judicial tiene relevancia constitucional.

b. “Que se hayan agotado todos los medios –ordinarios y extraordinarios- de defensa judicial al alcance de la persona afectada, salvo que se trate de evitar la consumación de un perjuicio ius-fundamental irremediable.”

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

En el presente caso, se satisface el requisito de subsidiaridad, teniendo en cuenta que el acto judicial que transgrede los derechos fundamentales a la demandante corresponde a una sentencia de segunda instancia frente a la que no procede ningún otro mecanismo o recurso ordinario.

c. “que se cumpla el requisito de la inmediatez.”

En virtud de que, entre el 18 de septiembre de 2020, fecha de expedición de la sentencia de segunda instancia que materializa en últimas la violación de los derechos fundamentales, y la fecha de presentación de la presente acción de tutela ha transcurrido un lapso corto, menor a seis meses, lapso estimado por la jurisprudencia como razonable para intentar el mecanismo de tutela contra providencias judiciales, lo que satisface a plenitud el principio de inmediatez.

d. “Cuando se trate de una irregularidad procesal, debe quedar claro que la misma tiene un efecto decisivo o determinante en la sentencia que se impugna y que afecta los derechos fundamentales de la parte actora.”

Este requisito será desarrollado en el ítem correspondiente, haciendo el análisis probatorio respectivo y argumentado en el recurso de alzada ordinario, así como en las sentencias del Consejo de Estado que debían ser aplicables en el presente caso, hechos y situaciones no atendidos por los organismos judiciales accionados.

e. “Que la parte actora identifique de manera razonable tanto los hechos que generaron la vulneración como los derechos vulnerados y que hubiere alegado tal vulneración en el proceso judicial siempre que esto hubiere sido posible.”

Esta exigencia será desarrollada dentro de la argumentación que se plasmará al efectuar pronunciamiento para satisfacer el requisito especial relativo al “*defecto fáctico, material y sustantivo*” sobre el que, de manera especial, se fundaran las pretensiones de la presente acción.

f. “Que no se trate de sentencias de tutela.”

Evidentemente la presente la acción de tutela, no se interpone contra una sentencia de tutela, sino contra unas providencias judiciales emitidas en desarrollo de la función de administrar justicia.

Requisitos especiales de procedibilidad excepcional de la acción de tutela contra providencias judiciales

En la sentencia C-590 de 2005, a partir de la jurisprudencia sobre las vías de hecho, la Corte viabilizó la procedencia de tutela contra providencias judicial, de manera excepcional, cumpliendo alguno de los siguientes requisitos:

- a. **“Defecto orgánico.**
- b. **Defecto procedimental absoluto.**
- c. **Defecto factico.**
- d. **Defecto material o sustantivo.**
- e. **Error inducido.**
- f. **Decisión judicial no motivada.**
- g. **Desconocimiento del precedente.**
- h. **Violación directa de la Constitución.”**

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

El Consejo de Estado, no obstante haberse opuesto al evento de controvertir decisiones judiciales mediante la acción de tutela, modifico tal posición en la sentencia del 31 de julio de 2012, Expediente 11001-03-15-000-2009-01328-01. C.P. María Elizabeth García González y acepto tal posibilidad, siempre y cuando se satisfagan los mismos requisitos definidos por la Corte Constitucional sobre el tema.

III. HECHO GENERADOR DE LA ACCION DE TUTELA

El hecho generador de la violación de los derechos fundamentales esta dado en la expedición de las Sentencias de primera y segunda instancia calendadas del día 12 de febrero de 2019 y el día 18 de septiembre de 2020, proferidas dentro del Proceso de Reparación Directa presentada por la señora María Eugenia Giraldo Toro en contra de la ESE Salud Pereira, radicado bajo el No. 66001-33-33-751-2015-00462-01 (L-0257-2019) proferidas por el **Tribunal Administrativo de Risaralda**, Sala de Decisión integrada por los Magistrados Dr. Leonardo Rodríguez Arango, Dr. Fernando Alberto Álvarez Beltrán, y Dra. Dufay Carvajal Castañeda, así como en primera instancia proferida por el **Juzgado Quinto Administrativo de Pereira** en decisión proferida por su entonces Juez Dr. Julián Andres Velasco Alban.

IV. HECHOS

PRIMERO: Para el año 2015, la señora María Eugenia Giraldo Toro y Otros por intermedio de apoderado judicial, presentó demanda contenciosa en ejercicio del Medio de Control de Reparación Directa de primera instancia contra la **ESE SALUD PEREIRA**; demanda radicada, en virtud del reparto, en el Juzgado Quinto Administrativo de Pereira, radicada con el No. 66001-33-33-751-2015-00462-00.

SEGUNDO: Con fundamento en los hechos ocurridos, se la declaratoria de responsabilidad administrativa y patrimonial de la demandada, con ocasión de las fallas en el servicio médico asistencial por error en el diagnóstico, para los días 05 y 06 de marzo de 2014, que desencadenaron en últimas en el fallecimiento de la señora Mercedes Toro de Gomez en el Hospital Universitario San Jorge de Pereira para el 23 de marzo de 2014.

TERCERO: El **JUZGADO QUINTO ADMINISTRATIVO DE PEREIRA**, profiere sentencia de primera instancia para el día 12 de febrero de 2019 en la cual niega las suplicas de la demanda, considerando lo siguiente:

De conformidad con dicha pauta jurisprudencial, al médico no se le puede imponer el deber de acertar en el diagnóstico, pues puede ser que pese a utilizar todos los esfuerzos y recursos a su alcance no logre establecerlo porque se trata de casos dudosos, porque los síntomas no son específicos de una patología o porque son indicativos de varias de ellas.

Así mismo, se tiene que corresponde a la parte actora acreditar que el servicio no se prestó adecuadamente, entre otros motivos, porque el médico omitió interrogar al paciente o acompañante sobre los síntomas, no se valoró físicamente y de manera completa al enfermo, omitió utilizar los recursos técnicos a su alcance para confirmar o descartar el diagnóstico o incurrió en un error inexcusable, cuyo análisis para el juez debe ser cuidadoso, tanto que lo llevó a ubicarse en la situación en que se encontraba el médico al momento de realizar el diagnóstico censurado.

En ese orden de ideas, hay lugar a predicar error de diagnóstico como falla del servicio médico-asistencial, cuando el profesional tratante incurre en un error de juicio, por ignorar o interpretar erradamente la sintomatología que registra el paciente, que se observe como una conducta inexcusable para el galeno.

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

En el sub examine la historia clínica de la paciente da cuenta que ésta consultó al servicio refiriendo el día **5-Mar-2014 a la 03:55 pm** que desde el día anterior presentaba **MAREO CON LOS MOVIMIENTOS DE LA CABEZA, SI SE QUEDA QUIETA: NO; CONCOMITANTE NAUSEAS Y VOMITO DE ASPECTO BILIOSO. ES DIABETICA E HIPERTENSA EN TTO, TOMA METFORMINA...TIENE SED Y ORINA POCO, PERO NO REFIERE ALTERACIONES EN LA ORINA**

En dicha consulta se relacionaron como antecedentes patológicos los de hipertensión arterial y diabetes mellitus, la revisión por sistemas registró normal (salvo el genito-urinario que señala no haber sido revisado), se registraron resultados de examen físico (frecuencia cardiaca, respiratoria, temperatura, presión arterial, etc), le suministraron medicamentos y se dio orden médica, le realizaron glucometría, se dejó consignada como impresión diagnóstica **vértigo paroxístico benigno** y se dio salida el mismo día con fórmula médica.

De igual forma, el 6 de marzo de 2014, día siguiente a la primera consulta estudiada, la paciente ingresó a la ESE Salud Pereira relacionándose: **"ACOMPANANTE HIJA, REFIERE AL PARECER CUADRO CLÍNICO DE 2 DIAS CON MAREO, CEFALEA, INCAPACIDAD PARA SOSTENERSE, CONSULTO EL DIA DE AYER FUE DX COMO VERTIGO, HOY CONSULTA NUEVAMENTE PORQUE NO RESPONDE AL LLAMADO"**, donde se estableció como diagnóstico relacionado a la consulta el de **OTRAS ENFERMEDADES CEREBRO VASCULARES ESPECIFICADAS**, y se dispuso su remisión como urgencia vital, siendo ingresada en la ESE Hospital San Jorge de Pereira donde permaneció hasta el día de su fallecimiento, 23 de marzo de 2014, siendo diagnosticada con accidente vascular encefálico agudo.

Para los demandantes, la impresión diagnóstica elaborada el 5 de marzo de 2014 por el galeno de turno no se adecuó a la realidad, aduciendo que la patología presentada por la paciente para esa fecha obedecía más a un vértigo de origen central.

Al respecto, huelga señalar que el Despacho no encuentra con posterioridad a la impresión diagnóstica del 5 de marzo de 2014 un diagnóstico realizado a la paciente, bien en la ESE demandada o en alguna otra Institución, que dé cuenta que en realidad ella padecía de un vértigo de origen central, pues lo cierto es que después del 5 de marzo de 2014 la señora Mercedes Toro fue diagnosticada con enfermedad cerebro vascular especificadas (ocasión en la cual se relacionó como síntoma adicional la cefalea), razón por la cual no es posible aducir con la certeza requerida que aquella impresión diagnóstica, para esa fecha (5 de marzo de 2014), resultare errada al no haber dado cuenta del mencionado vértigo de origen central.

Aunado a ello; encuentra el Juzgado que el dictamen pericial, obrante a folio 117 y ss del C.2, señala de manera expresa que de los datos de la historia clínica no es posible determinar si la paciente padecía vértigo paroxístico benigno o uno de origen central, pues lo descrito puede corresponder a ambos tipos de vértigo, por lo que indica que no es posible establecer si el diagnóstico inicial fue correcto o no.

Así mismo, dicha experticia indica que con lo consignado en la historia clínica, el cuadro presentado por la paciente podía corresponder a un vértigo periférico, dado que el 90% de los cuadros de vértigo corresponde a ese tipo, para cuyos síntomas el manejo dado con líquidos y dimenhidrato puede llegar a considerarse apropiado, reiterando en la contradicción, que de haber sido correcto el diagnóstico presuntivo (vértigo paroxístico), el manejo fue el adecuado y completo.

De lo anterior, es posible entender que los síntomas aducidos en la valoración del 5 de marzo de 2014, bien podían corresponder a ambos tipos de vértigo y por tanto no eran específicos de un vértigo de origen central, de lo cual y en atención a lo señalado en la pauta jurisprudencial antes resaltada, no es posible predicar la presencia de un error de diagnóstico.

Ahora bien, no se desconoce que en la pericia, más aún en la contradicción de la misma, se señala que en la historia clínica no se registra un examen físico completo de la paciente ni se diligencia de manera completa en lo atinente a la revisión por sistemas -sin dejar de advertir en todo caso que la perito plantea la opción según la cual lo consignado al respecto pudo obedecer a lo contestado por la paciente en el interrogatorio-, como circunstancias que le impiden determinar si el diagnóstico inicial fue el correcto. Sin embargo, para esta judicatura se encuentra acreditada la realización del examen físico y revisión por sistemas, cuyos resultados corresponden a lo consignado en la historia clínica de la paciente, como quiera que en el testimonio rendido por el galeno Henry Hurtado Ospina, el cual no fue tachado por la parte demandante, manifestó que realizó dicho examen físico haciendo énfasis en los sistemas relacionados con el motivo de la consulta que era mareo, especificando que hizo revisión de ojos (entre ello lo atinente al nistagmus), oídos (interrogando sobre tinitus) y del sistema neurológico pero no encontró hallazgos positivos que pudiese consignar en la historia clínica, sin dejar de relatar que realizó pruebas a la paciente para determinar si ella en realidad presentaba ataxia, las que arrojaron resultados negativos, afirmaciones que adquieren valor por cuanto no obra medio probatorio alguno en sentido contrario.

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

Aunado a ello y reforzando lo considerado por el Despacho al respecto, se tiene que gran parte de los galenos que rindieron testimonio al interior del proceso pusieron de presente que dentro de la historia clínica es menester relacionar los hallazgos positivos o relevantes, para lo cual basta remitirse a las declaraciones realizadas en ese sentido por los médicos Diego Andrés Osorno Chica, Jaime Antonio Romero Díaz, José Fernando Gómez González, David Ricardo Echeverry Piedrahita y Henry Hurtado Ospina, circunstancia que incluso se puede inferir de lo manifestado por la especialista en medicina interna en la diligencia de contradicción del dictamen, quien frente a ello verbalizó: *"La revisión por sistemas en los diferentes sistemas que se interroga aparece como normal, puede ser que interrogó el doctor y que el paciente respondió que estaba bien y que no presentaba ningún síntoma de ese órgano"*.

No desconoce el Despacho que la Ley 23 de 1981 establece que la historia clínica se erige en un registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente, la cual debe ser diligenciada con claridad³⁶. Así mismo, que la Resolución 1995 de 1999 establece como características de la historia clínica las de integralidad, secuencialidad, racionalidad científica, disponibilidad y oportunidad, imponiendo además la obligatoriedad de su registro a cargo de los profesionales que intervienen en la atención del paciente, por lo cual deben registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones desarrolladas³⁷. Sin embargo, tales postulados normativos no establecen de manera clara y expresa la obligación de registrar todos los hallazgos, tanto positivos como negativos, de lo cual se pueda inferir un incumplimiento ante la falta de registros de naturaleza negativa.

(....)

Así las cosas, todo lo expuesto permite al Despacho estimar que en el sub judice no se logró acreditar la configuración del "error de diagnóstico" predicado por la parte actora, toda vez que la sintomatología presentada por la paciente el 5 de marzo de 2014, la realización de examen físico y revisión por sistemas elaborada por el galeno, el manejo clínico dado y la utilización de los medios advertidos por el médico, no permiten predicar la existencia de un error inexcusable en tal labor o cometido, más aún cuando no se logró demostrar que en efecto la paciente padeciera de vértigo de origen central cuando ingresó al servicio de urgencias de la ESE Salud Pereira el referido 5 de marzo de 2014, por lo cual no se evidencia la existencia de una falla por parte de la entidad demandada que hubiere ocasionado o contribuido en la muerte de la paciente, o que le hubiese restado chance u oportunidad en la posibilidad de sobrevida.

En ese orden de ideas, encontrándose el examen de responsabilidad administrativa en el *sub lite* dentro del régimen subjetivo de la falla del servicio, y habiéndose evidenciado con anterioridad que la misma no se encuentra acreditada con el acervo probatorio allegado al plenario, se estima que el análisis efectuado hasta esta altura permite concluir que las súplicas de la demanda no están llamadas a prosperar y por tanto se releva el Despacho de analizar la responsabilidad patrimonial de la Previsora S.A. compañía de seguros, en relación con el contrato de seguro con base en el cual ha sido llamada en garantía por la entidad demandada, por lo cual resulta irrelevante realizar un pronunciamiento frente a la excepción denominada *"sujeción a las condiciones particulares y generales del contrato de seguro suscrito"*, toda vez que la misma se encamina a desestimar su asunción o participación en el pago de las condenas, y atendiendo que aquí no se ha encontrado verificada la imputación de responsabilidad aducida en el libelo introductorio, se toma innecesario acudir a su estudio.

CUARTO: La anterior decisión fue objeto de recurso de apelación por parte de los demandantes, quienes en su recurso de alzada efectuaron todos y cada uno de los reparos contra la decisión de primera instancia.

QUINTO: Ante estas circunstancias el **TRIBUNAL DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO DE RISARALDA – SALA DE DECISION**, mediante providencia de 18 de septiembre de 2020, teniendo como Magistrado ponente al Dr. Leonardo Rodríguez Arango, consideró:

"Del referente jurisprudencial y doctrinal es claro entonces que el diagnóstico es el elemento definitivo del acto médico, por cuanto es a partir de sus resultados que se elabora el tratamiento y la actividad posterior, y es por ello que del diagnóstico depende el correcto tratamiento o ejercicio terapéutico a seguir, el cual requiere que sea el más acertado posible.

Por lo tanto, en los eventos en los que se discuten la responsabilidad de la administración por daños derivados de un error en el diagnóstico, deberá estar acreditado que el servicio médico no se prestó adecuadamente porque se omitió interrogar al paciente o a su acompañante sobre la evolución de los síntomas que lo aquejaban; no se sometió al paciente a una valoración física completa y seria; se omitió utilizar oportunamente todos los recursos técnicos a su alcance para confirmar o descartar un determinado diagnóstico; dejó de hacerle el seguimiento que corresponde

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

a la evolución de la enfermedad, o simplemente, incurrió en un error inexcusable para un profesional de su especialidad, y en general todas aquellas actuaciones que demuestren que el servicio fue prestado de manera diferente a como lo aconsejaba la lex artis.

En el caso concreto, lo primero que debe indicar la Sala es que la parte actora no logró acreditar que la ocurrencia del accidente cerebro-vascular sufrido por la señora Mercedes Toro de Gómez el 6 de marzo de 2014 y posterior muerte en las instalaciones del E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira fuera causado por un vértigo de carácter central, pues su hipótesis aparece registrada por la perito y los testimonios rendidos por especialistas en el tema, como una causal poco común en este tipo enfermedades, máxime que no se practicó necropsia ni se allegó una prueba técnica o científica que así lo determinara.

Ahora bien, una vez analizada la información contenida en el material probatorio, se encuentra que la médica internista que rindió la experticia dentro del presente asunto, sostuvo que en la historia clínica no se describen síntomas como nistagmus, intensidad de la ataxia, ni la presencia del tinitus que es un síntoma que permite inclinar el diagnóstico hacia el vértigo periférico, y por ende no pudo determinar si la conducta adoptada por el médico tratante el 5 de marzo de 2014 fue la indicada para la patología que presentaba la señora Toro de Gómez, no obstante, asevera la especialista que la paciente arribó al servicio de urgencia hemodinámica estable y solamente tenía una cifras de la tensión arterial ligeramente elevada, que no hacían sospechar la ocurrencia de un ACV, igualmente que la revisión por sistemas aparecía normal, y pudo ser que el personal médico de la entidad demandada interrogó y que la paciente respondió que se encontraba bien y que no presentaba ninguna síntoma en ese órgano. Aspectos dudosos que fueron aclarados con la declaración bajo juramento constitucional y legal del médico Henry Hurtado Ospina, quien fue enfático en referir que dicha revisión se efectuó de manera exhaustiva no encontrando signos o síntomas de alarmas que inclinarán a un diagnóstico de vértigo de origen central, ni mucho menos la presencia de un accidente cerebrovascular de la paciente, bajo el entendido que solamente se describen en la revisión por sistemas aquellos hallazgos positivos, los cuales fueron consignados en la historia clínica de la fallecida.

A juicio del Tribunal y a diferencia de lo aseverado por los recurrentes, el comportamiento adoptado por el médico de atención de urgencia de la entidad demandada, al plasmar en la historia clínica en la revisión por sistemas únicamente aquellos hallazgos positivos, no repercute como un diligenciamiento erróneo, puesto que es el normal funcionamiento y el esquema que utilizan los médicos tratantes al examinar los pacientes, y que fue ratificado por los galenos que atendieron a la paciente cuando fue remitida a la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira, al advertir en sus deponencias que la anamnesis que se le realiza a una paciente se determinan los hallazgos positivos, por consiguiente, lo que no se disponga allí se debe entender como hallazgo de carácter negativo, tal y como ocurrió en el presente asunto.

La Sala no desconoce que la señora Mercedes Toro de Gómez presentaba síntomas indicativos de la presencia de un vértigo, conforme a lo establecido en el informe pericial. Sin embargo, ello no es suficiente para afirmar que el médico encargado de la atención de la paciente incurriera en un error de valoración inexcusable, porque no existe evidencia científica que permita afirmar que la sintomatología presentaba por esta, era exclusiva de un vértigo de origen central y en consecuencia de un accidente cerebro-vascular, especialmente si a la paciente se le auscultaron todo tipo de síntomas para descartar su presencia, arrojando resultados negativos.

Lo anterior, por cuanto no existe evidencia cierta e incontrovertible que indique que la ocurrencia del accidente cerebro - vascular que padeció la señora Mercedes Toro de Gómez y que la causó la muerte, fuera por un diagnóstico no oportuno del vértigo de origen central; además, quedó demostrado que la entidad demandada no dejó de utilizar todos los recursos humanos, técnicos y científicos disponibles para identificar la patología.

Si bien la parte actora conforme al informe pericial rendido pretende que la falta de la anotación en la historia clínica sobre la sintomatología referida de manera negativa por la paciente era una alteración de la historia y una omisión, esto no es suficiente para acreditar la supuesta falla alegada, por cuanto se reitera que nada en el acervo probatorio allegado al expediente permite concluir que, desde el ingreso de la paciente al servicio de urgencia el 5 de marzo de 2014, y luego al momento en que se presentó la agravación súbita de los síntomas, la atención haya sido descuidada y que el diagnóstico, la medicación y las observaciones no fueran las adecuadas a los síntomas

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

que hasta entonces presentaba la paciente. Y tampoco resulta posible que se valore esa atención, órdenes y medicamento a la luz de la agravación súbita presentada posteriormente, pues ningún elemento de convicción permite sostener que los síntomas evidenciados en el examen de ingreso, con una alta probabilidad, evolucionarían negativamente.

En efecto, a pesar de que en la demanda se indicó que la muerte fue consecuencia de no descartar la presencia de un vértigo de carácter central en la paciente, lo cierto es que la única referencia en el proceso al respecto son las anotaciones en la literatura médica que hace in extenso el apoderado judicial de la parte actora en la demanda y en el recurso de apelación; pero no existe evidencia de ello a través de la realización de una necropsia o de algún examen que así lo determine, y bajo la probabilidad de que pueda constituir una causa no puede la Sala establecer el daño antijurídico imputable a la E.S.E. Salud de Pereira, por intermedio de su personal médico de atención de urgencias.

Ni del dictamen pericial ni de las declaraciones rendidas por los especialistas en el tema, es posible advertir que la causa del accidente cerebro-vascular fuera la falta de diagnóstico de vértigo de origen central, como uno de los posibles síntomas del ACV, ni mucho menos que al no descartar dicho vértigo se causaría las complicaciones en sus patologías de base y su muerte, pues dentro de la contradicción de la experticia, la médica internista es muy clara al señalar que “PREGUNTADO: Hubiera tenido posibilidad de mejorarse la señora Mercedes Toro realizando las recomendaciones que usted anota en su pericia. CONTESTO: Pues no lo sabemos, si la paciente finalmente tenía era un vértigo de origen central e hizo un accidente cerebrovascular, pues el accidente cerebrovascular constituye una de las principales causas de muerte en el mundo. Si la paciente tenía realmente era un ACV es difícil saber si se hubiera hecho un diagnóstico correcto si la paciente hubiera podido mejorar o no.”, aunado a ello ninguno de los galenos declarantes pudo acertar con el rigor que se requiere que la causa del accidente cerebrovascular que cursó la paciente cuando fue trasladada a la E.S.E. Hospital Universitario de San Jorge de Pereira, hubiese sido la atención dispensada el día 5 de marzo de 2014 por la E.S.E Salud Pereira, al no descartarse como posible síntoma un vértigo de carácter central, tal y como lo evidencian los libelista por activa.

La Sala encuentra que la parte demandante no demostró que se hubiera adelantado una atención negligente, pues contrario a lo afirmado por esta, si existió evidencia de la información sobre la consulta, la anamnesis, el examen físico realizado a la paciente, y la descripción de los recursos médicos utilizados para lograr un diagnóstico acertado, lo que permite concluir, que no se presentó una falla en la valoración de la paciente.

De igual manera, observa la Sala que en ningún momento hubo diagnósticos equivocados, o que no estuvieran relacionados con lo que la paciente refería y su buena evolución al momento de darle de alta en el servicio de urgencia de la entidad demandada.

Así, no existen en el expediente elementos suficientes que permitan aseverar de manera categórica que hubo un error en la atención prestada a la señora Toro de Gómez el 5 de marzo de 2014, ya que, según lo concluido por el dictamen médico, de acuerdo con el diagnóstico arrojado (vértigo periférico o paroxístico benigno), el tratamiento brindado a la paciente fue el adecuado, y dicha sintomatología podía ser controlada por un centro hospitalario del primer nivel, como ocurrió en este caso, y posteriormente dada su variación en el estado clínico para el día 6 de marzo de 2014, la decisión más óptima fue remitirla a un hospital de tercer nivel, como lo es la E.S.E. HUSJ.

Así en el caso concreto, el Tribunal insiste en que no ha quedado probada la falla en la atención del servicio de urgencias prestado a la señora Mercedes Toro de Gómez y, de igual forma, encuentra no acreditada la falla por error en el diagnóstico y tratamiento brindado a la paciente en el hospital Kennedy de la E.S.E. Salud Pereira, toda vez que como viene de observarse tanto el diagnóstico como el tratamiento obedecieron a los síntomas exhibidos por la paciente, los cuales se agravaron sustancialmente en una y otra ocasión.

Lo anterior, sumado a las condiciones especiales en que se encontraba la señora Mercedes Toro de Gómez que dificultan al juez emitir un juicio sobre sus probabilidades de muerte frente a una hipotética atención distinta, dada su avanzada edad, su hipertensión arterial, su diabetes mellitus. Según la manifestación del Dr. Carlos Alberto Marulanda Valencia cuando ésta ingresó a la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

de Pereira, en la cual consideró que esta se encontraba en estado preagónico, con un mal pronóstico.

De este modo, considera esta Sala, que le asistió razón al Juzgado Quinto Administrativo al denegar las súplicas de la demanda, por cuanto es cierto que en este caso, con los elementos probatorios aportados, no fue posible probar la existencia de una falla del servicio y mucho menos que la atención y tratamiento dado por el personal médico de la E.S.E. Salud Pereira, fuera el factor determinante que condujo al deceso de la señora Mercedes Toro de Gómez.

En otras palabras, no se demostró que los aspectos que en la apelación se señalan como posibles evidencias de la existencia de una falla médica en efecto hubieran ocurrido y que estos fueran la causa adecuada del deceso de la señora Mercedes Toro de Gómez, esto es, que el diagnóstico del personal médico no fuera el acertado, que medicación fuera errónea, que se hubiera necesitado exámenes adicionales para estos casos o que hubiera un inadecuado manejo de la situación frente de la evidencia de un vértigo periférico, pues todos refieren a aspectos técnicos propios de la ciencia médica que requerían de prueba, situación que en este caso se echa de menos.

Por tanto, procede un fallo adverso a las pretensiones de la parte actora, por lo que deberá ser confirmada la decisión emitida en primera instancia, por el Juzgado Quinto Administrativo de Pereira, el 12 de febrero de 2019.”

Con tales argumentaciones, el Tribunal Administrativo de Risaralda, confirmó la sentencia proferida por el Juzgado Quinto Administrativo de Pereira, en el proceso radicado 66001-33-33-751-2015-00462-01 (L-0257-2019) incoado por los hoy accionantes.

SEXTO: Los argumentos que dieron lugar a emitir la sentencia de primera instancia negatoria, y de segunda instancia confirmatoria, constituyen una vía de hecho y una manifiesta violación al debido proceso, la igualdad y al acceso a la administración de justicia.

V.- ARGUMENTACION FACTICA Y JURIDICA

A continuación, se hará una relación de los presupuestos facticos y probatorios que se demostrarán en el presente caso, a fin de demostrar que el análisis efectuado por los jueces ordinarios (Juzgado 5 Administrativo de Pereira y Tribunal Administrativo de Risaralda), no resultaron conforme con las circunstancias fácticas que rodearon el caso concreto:

DECISION ILEGITIMA DE PRIMERA INSTANCIA:

La sentencia de primera instancia proferida por el Juzgado Quinto Administrativo de Pereira dentro del proceso de Reparación Directa bajo el radicado No. 66001-33-33-751-2015-00462-01 (L-0257-2019) transgrede derechos constitucionales fundamentales de los accionantes, por lo siguiente:

Del análisis de las consideraciones y argumentaciones del Despacho A-quo, se evidencia un escaso análisis de todas y cada una de las pruebas existentes en el plenario, en donde de la simple relación de las pruebas, el juez emite una diáfana y escueta conclusión, de la cual expuso:

- Que no se encontraba acreditado que la atención del 05 de marzo de 2014 resultó errada, y que el diagnóstico de vértigo paroxístico fuera incorrecto, pues no existe prueba que la causa de muerte de la señora Toro de Gómez, fuese por un vértigo de origen central.
- Considera el Juez adecuado el manejo dado a la paciente, pues conforme la pericia, el 90% de los vértigos son de origen periférico y que, de este caso, el manejo dado con líquidos y dimenhidrinato fue el adecuado.

- Expuso el Juez que como los síntomas aducidos en la valoración de la paciente conforme las pautas medicas pueden corresponder a ambos tipos de vértigo, sin ser específicos de un vértigo de origen central, no se podía predicar un error en el diagnóstico.
- El Juez tiene por ciertas las afirmaciones del médico involucrado en la atención de la señora Mercedes Toro de Gómez, pese a que reconoce que no existen registros relevantes en la historia clínica, y pese a que la ley es clara sobre el registro de la misma, pero aduce que pese a ser clara la ley, no dice que datos positivos o negativos deben consignarse, por ende, considera que los datos que adolece la historia clínica no son un incumplimiento al deber de registrar datos en la historia clínica, y no implican error en el diagnóstico.

Con lo anterior, concluye el Juez que no se logró acreditar la configuración de un error en el diagnóstico médico alegado, toda vez que considera que la sintomatología presentada, el examen físico y revisión por sistemas elaborada por el galeno, el manejo clínico dado y la utilización de los medios advertidos no permiten predicar la existencia de un error inexcusable en la labor del médico tratante, y menos aún se probó que la paciente padeciera de vértigo de origen central cuando ingreso al servicio de urgencias de la ESE Salud Pereira para el 5 de marzo de 2011, por lo que considera que no se evidencia una falla en el servicio médico de la entidad demandada.

De las anteriores conclusiones a las que se puede llegar del fallo de primera instancia, se evidencia que el juez A-quo omitió la valoración íntegra de todos y cada uno de los medios probatorios existentes en el plenario, que podía dar fe de una situación diferente a la que en su momento consideró el juez, pues se repite, el análisis probatorio realizado y expuesto en sus consideraciones es muy escaso, incurriendo el Juez en un defecto fáctico al momento de emitir la sentencia, pues el juicio probatorio realizado no fue completo ni tuvo en cuenta sendas pruebas que evidenciaban una situación muy diferente, en la cual si se debe reprochar el actuar del médico tratante, que en el fallo de primera instancia, no tuvo juzgamiento o sesgo alguno por el juez de primera instancia.

De esta manera, se procede a hacer un análisis de todas y cada una de las pruebas que dan una realidad fáctica muy diferente a la analizada o revisada por el Despacho, veamos:

Se encuentra probado en la historia clínica que la paciente Toro de Gómez le fue diagnosticado un vértigo paroxístico benigno, según obra prueba de historia clínica a folios 39 a 41 del cuaderno 2 del expediente, siendo dada de alta por personal asistencial, con medicación para el día 05 de marzo de 2014.

Respecto de la patología que se hace referencia en el presente caso (Vértigo), es trascendental tener presente, aunque así no lo hizo el fallador de primera instancia que, la literatura médica frente a la atención en urgencias de un paciente con vértigo ha manifestado:

(Revista Médica de la Clínica Universitaria de Navarra / Vol. 47 No. 4 de 2003 – Pamplona - España)

“Paciente con Vértigo en Urgencias

Crisis única de vértigo espontáneo prolongado

Se trata de un episodio de vértigo agudo, que el paciente no ha sufrido con anterioridad, y que se prolonga más allá de 24 horas, con frecuencia varios días. El vértigo es intenso, habitualmente de tipo rotatorio y agravado por los movimientos de cabeza, por lo que el sujeto tiende a permanecer en reposo. El enfermo presenta asimismo desequilibrio, lo que le dificulta caminar e incluso ponerse de pie. El cuadro suele acompañarse de náuseas y a veces vómitos, además de palidez y sudoración.

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

Ya que algunas causas de ataque agudo de vértigo espontáneo prolongado, como el infarto o la hemorragia cerebelosa, son potencialmente letales si no se actúa con rapidez, **nuestra prioridad ha de ser descartar una etiología central. La anamnesis nos puede poner sobre aviso, así en pacientes mayores de 50 años de edad o con factores de riesgo de ictus como hipertensión, hábito tabáquico, diabetes, cardiopatía o dislipemia siempre hay que considerar la posibilidad de isquemia en el territorio irrigado por el sistema vértebro-basilar.** No obstante, son tres datos claves de la exploración clínica **otoneurológica** los que nos permiten diferenciar una vestibulopatía periférica aguda de un ictus: la intensidad del desequilibrio, las características del nistagmo y la presencia de signos de focalidad neurológica.

En los pacientes con vértigo agudo de causa central la intensidad del desequilibrio es tal que les impide caminar e incluso ponerse de pie, mientras que en la neuritis vestibular el desequilibrio es más moderado, permitiendo al paciente levantarse y andar, aunque con dificultad y tendencia a caer hacia el lado de la lesión. (Subrayado, negrilla y tamaño de fuente del recurrente)

Aquí en este punto es importante verificar que en el ingreso del día 05 de marzo de 2014, se anotó por el personal médico Dra. María Fernanda García Grisales (Ver folio 23 cuaderno 2), lo siguiente:

	ESE SALUD PEREIRA [660010033200] NIT 816.005.003-5 Cra. 10 No. 17-95 Ed Torre Central Piso 3 - TELS: 3116739 - FAX: 324808 PEREIRA, RISARALDA	
IMPRESIÓN DE HISTORIA		
P-FAST 6.56 - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y AS		
DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO		
HC: C25182096	CC 25182096	TORO BUIT
Regimen: Substituido Empresa: Cafésalud EPS S.A. - Nivel: Nivel I		
Residencia: MZ 3 CE 10 B NUERA - Teléfono: 3218803 - Barrio: NUEVO PLAN - Mu		
En caso de urgencia avisar al: () - Dirección: - Teléfono:		
Apertura TRIAGE del 5 Mar 2014 03:55 pm: 66 Años		
Clasificación de triage		
Atención		
MOTIVO DE CONSULTA		
NUERA REFIERE * NO COME DESDE AYER. MAREO NO SE SOSTIENE PARADA *		
	PROFESIONAL: [3788] GARCIA GRISALES MARIA FERNANDA - Especialidad: OTRA ESPECIALIDAD NO CLASIFICADA [660010033201] HOSPITAL KENNEDY	

Del registro clínico se puede manifestar sin ningún arroj de duda, que la paciente ingreso al servicio de urgencias, y se manifestó fuera de otros síntomas y de factores de riesgo, la imposibilidad de sostenerse de pie, síntoma que conforme la literatura médica aquí expuesta, constituye un dato clave para guiar el diagnostico hacia una patología de vértigo central.

Ahora bien, continuando con la literatura médica atrás expuesta, la misma continua así frente a la atención del vértigo en urgencias, manifestando:

En los pacientes con vértigo agudo es inestimable la información que nos aporta la valoración del reflejo vestibulooculomotor mediante la exploración del nistagmo espontáneo y la maniobra óculo-cefálica. Recordemos que el nistagmo periférico espontáneo es horizonto-rotatorio, siempre bate en la misma dirección, aumenta de intensidad al suprimir la fijación visual con las gafas de Frenzel o con el oftalmoscopio y al dirigir la mirada hacia el lado del componente rápido, mientras que disminuye con la fijación visual. Entre las características indicativas de centralidad de la lesión quizás las más evidentes sean el nistagmo vertical y el carácter cambiante de la dirección del nistagmo al dirigir la mirada hacia uno u otro lado. Un signo muy fiable de vestibulopatía periférica aguda y fácil de explorar en el servicio de urgencias es la positividad de la maniobra óculocefálica.

Tabla 4. Criterios para solicitar pruebas de diagnóstico por la imagen en pacientes con vértigo agudo

- Comienzo súbito en paciente con factores de riesgo cerebrovascular
- Desequilibrio intenso o desproporcionado a la intensidad del vértigo
- Nistagmo de características centrales
- Focalidad neurológica
- Cefalea intensa de inicio reciente
- Disminución del nivel de conciencia

La elección de TC o RM dependerá de la disponibilidad de medios y de la experiencia

Tabla 5. Criterios de ingreso en pacientes con vértigo

- No mejoría tras tratamiento de urgencia
- Intolerancia oral
- Focalidad neurológica
- Dudas entre vértigo central y periférico

Tratamiento

El tratamiento de los sujetos con mareo extravestibular o con vértigo central requiere identificar y evitar o tratar la causa subyacente, por el contrario, los pacientes con una crisis de vértigo periférico (neuritis vestibular, enfermedad de Meniere) solo precisan tratamiento sintomático.

Después de ser atendidos en el servicio de urgencias la mayoría de los pacientes con vértigo pueden ser dados de alta a su domicilio para seguimiento por su médico de atención primaria. Como regla general solo los pacientes con vértigo central precisan hospitalización (Tabla 5).”

“Síndrome Vestibular Central (Vértigo Central)

Se entiende por Síndrome Vestibular Central aquél en el que los síntomas no guardan proporción en su intensidad ni armonía en sus manifestaciones e, incluso pueden no aparecer en su totalidad. Esto es debido a la afectación parcial y selectiva de la vía vestibular. La asociación de otros síntomas por afectación de determinadas áreas en el tronco del encéfalo y cerebelo, fundamentalmente, guían la exploración y el diagnóstico de estos enfermos.

La alteración de la función vestibular condiciona una serie de manifestaciones clínicas de las que el vértigo o falsa sensación de movimiento, es el síntoma fundamental acompañándose a menudo de cortejo vegetativo con náuseas y vómitos, sensación de mareo e inestabilidad. La lesión o disfunción en algún punto de las estructuras vestibulares ya sean periféricas o centrales, da lugar a un síndrome vestibular. En los mareos y cuadros vertiginosos de origen central las alteraciones se localizan en la vía vestibular central, generalmente el tronco del encéfalo, cerebelo y conexiones vestibulo-cerebelosas y de forma excepcional, por afectación de estructuras supratentoriales como el tálamo o la corteza cerebral.

Aunque los síntomas de disfunción vestibular son un motivo frecuente de consulta en la población, la mayoría de los casos se presentan en el adulto o el anciano, y generalmente son de origen periférico.

Etiologías del síndrome vestibular central

En condiciones generales, cuando se consideran los grupos de edad más jóvenes, deben descartarse preferentemente los cuadros migrañosos o una esclerosis múltiple, mientras que en la patología tumoral cerebelosa parece haber una distribución bimodal (niños y adultos). **Sin embargo, en la mayoría de los casos el**

SVC se presenta en la población de mayor edad (a menudo portadora de factores de riesgo como la hipertensión, dislipemia o diabetes), siendo el factor etiológico más importante la enfermedad cerebrovascular isquémica.

Aunque los traumatismos craneales son una causa frecuente de cuadros vertiginosos, y pueden tener un origen central (síndromes postcontusionales), generalmente se producen a través de alteraciones en el sistema vestibular periférico.” (Subrayado, negrilla y tamaño de fuente fuera de texto)

En el presente caso, también es innegable que la paciente presentaba unos factores de riesgo, que implicaban para los galenos de la entidad demandada un mayor cuidado en el diagnóstico de vértigo de la señora Toro de Gómez, situación que pese a que el Despacho judicial de primera instancia desconoció u omitió analizar, lo cierto es que si está demostrada en el plenario, ya que en la historia clínica se anotó por el personal médico Dra. María Fernanda García Grisales (Ver folio 23 cuaderno 2), así:



PROFESIONAL. [3700] GARCIA GRISALES MARIA FERNANDA - Especialidad:
OTRA ESPECIALIDAD NO CLASIFICADA
[560010033201] HOSPITAL KENNEDY

Apertura URGENCIAS del 5-Mar-2014 04:38 pm: 66 Años



TIVO DE CONSULTA

NUERA REFIERE " NO COME DESDE AYER MAREO NO SE SOSTIENE PARADA "

ENFERMEDAD ACTUAL

DESDE AYER PRESENTA MAREO CON LOS MOVIMIENTOS DE LA CABEZA, SI SE QUEDA QUIETA : NO ; CONCOMITANTEMENTE NAUSEAS Y VOMITO DE ASPECTO BILIOSO . ES DIADETICA E HIPERTENSA EN TTO. TOMA METFORMINA 850 1-0-1 . ; VPM 80 : 1-0-1 . ; LOVASTATINA 20 1 TABLETA CADA NOCHE ; ASA 1 TABLETA DIARIA . TIENE SED Y ORINA POCO, PERO NO REFIERE ALTERACIONES EN LA ORINA .

ANT. PATOLÓGICOS

HTA. DIABETES MELLITUS

ANT. QUIRÚRGICOS

COLECISTECTOMIA .

ANT. TOXICO-ALÉRGICO

NEGATIVO

Así las cosas, y apoyándonos en la literatura médica, es lógico concluir que los factores de riesgo que presentaba la señora Mercedes Toro de Gómez, eran apenas lógicos en representar una alerta de precaución y cuidado para los galenos al momento de valorarla, para así descartar el origen central del vértigo, pues como se puede observar en la literatura médica expuesta, es una conducta imperiosa y trascendental en el tratamiento en urgencias de un paciente de este tipo, siendo el deber ser del tratamiento médico o *lex artis*.

Adicional a la literatura médica anterior, se encuentra que en la (Guía para el abordaje del paciente adulto con mareos – Segunda Parte: Vértigo – Dr. Andrés Pichón Riviere y Dr. Guillermo Videla – Mayo – junio 2007), se exponen las mismas prioridades o protocolos para el personal médico, en el sentido de descartar si la patología es de rígen periférico o central, veamos:

“Guía Práctica Clínica: Guía para el abordaje del paciente adulto con mareos.

Una vez determinado que el paciente tiene vértigo -la percepción de que él gira o de que gira su ambiente- es importante determinar si este es periférico o central. Aquellos

trastornos que comprometan al nervio y/o al laberinto serán periféricos, y los que afectan al cerebelo o al tronco cerebral serán centrales (axiales).

Las causas periféricas de vértigo son las más frecuentes (85%) en su mayoría, autolimitadas y benignas, aunque los síntomas como náuseas y vómitos suelen ser más severos. El vértigo central es menos frecuente (15%) y los síntomas acompañantes son más leves; aunque suele haber compromiso de otras estructuras del sistema nervioso central (SNC) con diferentes manifestaciones y específicamente el trastorno en la deambulación es mayor. El sitio de la lesión suele identificarse por la presencia de síntomas asociados como, por ejemplo, el compromiso auditivo (hipoacusia o acúfenos) al afectar el laberinto o el nervio vestíbulo coclear. También puede observarse una alteración a nivel del nervio facial cuando el trastorno está ubicado en el canal auditivo interno. Los vértigos de origen central en los que se comprometen los núcleos vestibulares del tronco cerebral o el cerebelo y, por su estrecha vinculación anatómica con otras áreas neurológicas, virtualmente siempre presentan otra sintomatología neurológica asociada como ataxia, debilidad, disartria, etc.

Etiología y presentación clínica de los diferentes tipos de vértigo

Vértigo de origen central Es más común en pacientes ancianos, hipertensos, diabéticos o con enfermedad cardiovascular. Son causas de vértigo central la isquemia o infarto de tronco cerebral (enfermedad arterial vertebro basilar) las enfermedades desmielinizantes (esclerosis múltiple, desmielinización postinfecciosa, síndrome paraneoplásico) los tumores del ángulo pontocerebeloso (neurinoma del acústico, meningioma, colesteatoma, metástasis, etc.) las lesiones intrínsecas del tronco cerebral (tumor, malformaciones arteriovenosas) las convulsiones (muy raras) y las desórdenes heredo familiares (ej. ataxias espino cerebelosas).

Enfermedad arterial vértebro basilar: los episodios pueden ser causados por alteraciones en la circulación del circuito posterior que se encarga de irrigar al tronco cerebral donde se ubican los núcleos vestibulares. Estos pacientes suelen ser añosos, con múltiples factores de riesgo cardiovascular, pero también debemos pensarlo en jóvenes con antecedentes de traumatismo cefálico en los que se pudo haber producido una disección arterial cervical. Suele haber otros síntomas neurológicos acompañantes como pérdida de la visión, diplopía, parestesias periorales, ataxia, ataque de caída ("drop attack") disartria, etc. Si los síntomas son transitorios debe pensarse en un accidente isquémico transitorio (AIT) que duran un mínimo de cinco minutos. Alrededor de 25% de los pacientes con AIT vertebro basilar puede tener vértigo como manifestación inicial, al que se agregan luego otros síntomas relacionados con el compromiso del SNC.

Tumor del ángulo pontocerebeloso o neurinoma del acústico: desde el punto de vista anatómico es una causa periférica, pero habitualmente se la engloba dentro de las centrales ya que puede también comprometer al tronco cerebral por compresión. Originado en las células de Schwann de la rama vestibular del VIII par dentro del conducto auditivo interno, al crecer puede comprometer otras estructuras como la rama auditiva, el nervio facial (VII par) el trigémino (V) hasta el tronco cerebral y el cerebelo. Es muy raro que la manifestación inicial de este tumor sea la presencia de episodios aislados de vértigo. Los síntomas más comunes son una hipoacusia progresiva y acúfenos del lado afectado, inestabilidad en la mitad de los casos, encontrándose vértigo sólo en 20% de los pacientes. Es una causa poco frecuente de vértigo, pero debe pesquisarse ante una disminución asimétrica y progresiva de la audición.

Vértigo de origen periférico

El vértigo periférico es el tipo más común de vértigo. Debe sospecharse cuando el cuadro es de vértigo aislado o se acompaña sólo de síntomas auditivos, siendo el resto del examen neurológico normal. Las causas más frecuentes son la vestibulopatía periférica (laberintitis, neuronitis vestibular, vestibulopatía aguda y recurrente) el vértigo posicional paroxístico benigno, el vértigo postraumático, la vestibulotoxicidad (vértigo

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

inducido por drogas) y la enfermedad de Ménière. Otras más raras son la infección bacteriana local, la cúpulo-litiasis, la otoesclerosis, la fístula laberíntica y el infarto laberíntico.

Vestibulopatía periférica, laberintitis, neuronitis vestibular o vestibulopatía periférica: todos estos nombres se refieren a una misma entidad de probable origen inflamatorio que afecta al laberinto o al nervio vestibular. Se caracteriza por el inicio brusco de un cuadro vertiginoso severo, generalmente un único episodio (raramente recurrente) que se acompaña de náuseas y vómitos. En el comienzo los síntomas son incapacitantes y puede requerir la internación del paciente, ya que estos pueden no tolerar la medicación ni la hidratación oral. La severidad suele disminuir en cuatro días. En el examen físico se evidencia nistagmus de tipo periférico. Suele existir el antecedente de un cuadro infeccioso de las vías aéreas superiores en los días previos al inicio del vértigo.

En este caso es típico que el paciente refiera presentar los síntomas al acostarse o lateralizarse en el decúbito y también en ciertas tareas domésticas como tender la ropa o colocar algo en una repisa alta (hiperextensión cefálica). El vértigo suele durar menos de un minuto y puede estar asociado a náuseas, vómitos y diaforesis. Existe una relativa ausencia de síntomas durante la marcha, la sedestación o la bipedestación. El cuadro es reproducible en el consultorio mediante maniobras de desencadenamiento, con las que se obtiene un nistagmus con una latencia (tiempo a su inicio) menor a 40 segundos, agotable (dura menos de un minuto) fatigable (es menor a medida que se repite la maniobra) geotrópico (vertical hacia la tierra) y rotatorio.”

De lo expuesto por la ciencia médica, queda claro que en tratándose de pacientes con síntomas de vértigo agudo espontáneo y prolongado, **lo primordial en la atención médica, es actuar con rapidez, siendo prioridad descartar un origen central del vértigo**, para ello, se debe **tener cuidado en la anamnesis**, pues **puede poder sobre aviso al médico, cuando tenga de presente un paciente mayor de 50 años o con factores de riesgo** de ictus **como hipertensión**, tabaquismo, **diabetes**, cardiopatía o dislipemia.

Se resalta de igual manera que, en casos de vértigo central, la intensidad del desequilibrio es de tal magnitud, **que impide caminar e incluso ponerse de pie al paciente**¹, en cambio en la neuritis vestibular el desequilibrio es moderado, permitiendo al paciente andar, aunque con dificultad y con tendencia a caer hacia el lado de la lesión, **situaciones que debieron ser valoradas por el galeno al momento de atender a la paciente Toro de Gómez para descartar un origen central del vértigo, y que en el presente caso, el Juez de primera instancia omitió analizar las pruebas existentes en el plenario que mostraban o más bien hacían brillar por su ausencia, la falta de revisión e investigación en el paciente por el personal médico, así como la omisión del cumplimiento de los protocolos médicos, como lo son el diligenciamiento adecuado de la historia clínica, situaciones erróneas que pasaran a abordarse.**

Conclusión probatoria de responsabilidad con relación a la patología presentada por la causante Mercedes Toro de Gómez

De esta manera, se puede concluir de la literatura médica, así como de los testimonios de los galenos testigos involucrados en la atención médica de la señora Mercedes Toro de Gómez, así como la misma perito Dra. Ana María Escobar Falcón, quienes fueron concluyentes y enfáticos en establecer que el Síndrome Vestibular Central se presenta en la población de mayor edad, portadora de factores de riesgo como la hipertensión y diabetes, siendo el factor etiológico más importante la enfermedad cerebrovascular isquémica, y es innegable concluir desde el punto de vista probatorio que, la señora Toro de Gómez era portadora de dichos factores de riesgos.

¹ Manifestación clínica que presentaba la paciente al ingreso el día 05 de marzo de 2014.

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

Por lo tanto, como elementos de imputación de responsabilidad se encuentra que la ESE Salud Pereira, por intermedio de su personal médico, desconoció que el vértigo es de dos tipos (paroxístico benigno y de origen central), y que este último estaba íntimamente asociado a los factores de riesgo o condiciones inmodificables que presentaba la paciente Mercedes Toro de Gómez (Mujer – Mayor de 67 años – Hipertensa – Diabética), **y pese a ello no se previó descartar la patología de origen central que implicaba un mayor riesgo, el cual en ultimas fue desencadenado y por el cual acudió nuevamente para el día siguiente a las instalaciones de la ESE Salud para el día 06 de marzo de 2014, donde se anota que sufría una ECV.**

DE LAS FALLAS EN LA ATENCION MEDICA NO EVIDENCIADAS NI ANALIZADAS

Resulta cuestionable en el presente asunto, que el fallador de primera instancia solo se limitó a digitar el dictamen pericial y los testimonios de los galenos que participaron en la etapa probatoria en el presente caso, pero en momento alguno se aprecia que el Juez hubiese realizado un análisis juicioso, pormenorizado y puntual a cada una de las pruebas practicadas en el proceso, y si bien entiende el suscrito apoderado que el fallador no fue quien practicó las pruebas, lo cierto es, que la Ley 1437 de 2011 para prevalecer el principio de inmediación probatoria, regló que todas las audiencias debían estar grabadas en medios audiovisuales, a efectos que el fallador, fuera quien fuera, pudiese percibir en mejor manera la práctica de las mismas, situación está que no puede obviar ningún operador judicial, pues el principio de inmediación probatoria, fuera de obligar a las partes y al operador judicial a verificar personalmente la prueba, implica para el mismo la apreciación, análisis y juicio de valor probatorio de todos y cada uno de los medios probatorios legalmente practicados dentro del proceso, situación que en el presente caso, no se tuvo en cuenta ni se demuestra ello con las consideraciones y argumentaciones del fallador de primera instancia.

El fallador de primera instancia, solo se ciñó a resumir en 33 paginas los antecedentes de un proceso de más de 4 años, de más de 14 horas de audios de pruebas, y solo copió y pegó los argumentos de la demanda, la contestación, los alegatos y los testimonios como antecedentes del caso, y en tan solo dos páginas, sin el más mínimo análisis o valoración o juicio probatorio, emitió un juicio de valor en donde niega las suplicas de la demanda, dando por no probado situaciones, que a lo largo de todos los medios probatorios que aquí se hacen mención, dan fe de que la realidad fáctica en el presente caso fue diferente; pero estos yerros judiciales solo evidencian un claro defecto o desidia en el análisis probatorio.

Ahora bien, a continuación, se procederá a hacer un análisis de todos los elementos que estructuran la responsabilidad de la ESE Salud Pereira con ocasión de la falla del servicio médico por error en el diagnóstico, situaciones que como se ha dicho, pese a haber sido advertidas en la demanda y concluidas en los alegatos de conclusión, en momento alguno fueron sujeto de un juicio de valor para bien sea fueran tenidas en cuenta o desvirtuado su valor o conclusión probatoria.

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

DE LA DEFICIENTE ATENCION MEDICA, AL OMITIR TENER EN CUENTA FACTORES DE RIESGO QUE IMPLICABAN PATOLOGIAS ASOCIADAS, MAS AUN SI EL VERTIGO DIAGNOSTICADO PRESUNTAMENTE, A LA LUZ DE LOS ANTECEDENTES DE LA PACIENTE MERCEDES TORO DE GOMEZ, DEBIAN GENERAR UNA ALERTA ACERCA DE PATOLOGIAS ASOCIADAS, QUE DEBIAN SI O SI DESCARTARSE, COMO LO FUE EL VERTIGO CENTRAL QUE EN ULTIMAS CAUSO EL ACV QUE COBRO LA VIDA DE LA HOY CAUSANTE. (QUE TAMPOCO SE ANALIZO NI SE TUVO EN CUENTA SU PESO PROBATORIO EN LA RESPONSABILIDAD QUE EXISTE)

Se encuentra que esta situación **SÍ ESTÁ DEMOSTRADA EN EL PLENARIO**, ya que en la historia clínica se anotó por el personal médico Dra. María Fernanda García Grisales (Ver folio 23 cuaderno 2), la profesional anotó que la paciente era diabética e hipertensa, y apoyándonos en la literatura médica adjunta, se puede concluir que los factores de riesgo que presentaba la señora Toro de Gómez, representaban de lógica médica, una alerta de cuidado para los galenos al momento de valorarla, donde un médico prudente y diligente, debía descartar el origen central del vértigo, pues como se puede observar en la literatura médica expuesta, es una conducta imperiosa y trascendental en el tratamiento en urgencias de un paciente de este tipo.

Ahora bien, al respecto, se encuentra que no solo la literatura avala esta posición, sino que se logró probar con el dictamen pericial, donde la médica internista Dra. Ana María Escobar Falcón, corrobora esta práctica médica, así:

“Doctora podría describirnos que es el nistagmus, y si es importante para descartar el origen del vértigo.

*R/: **Si, los dos puntos más importantes cuando se hace el examen del vértigo de una paciente con vértigo, son el nistagmus y la ataxia, el nistagmus es el movimiento ocular de los ojos básicamente cuando se evalúa**, el nistagmus es diferente cuando es periférico o central, cuando es periférico el movimiento es horizontal, mientras cuando es de origen central el nistagmus no es horizontal y puede ser a cualquier dirección, y cuando uno le pide al paciente que mire hacia un punto fijo el paciente sigue presentando los movimientos, y la ataxia es otro punto importante para evaluar la marcha, para diferenciar cuales de los tipos de vértigo se trata.*

A la paciente se le realizaron maniobras durante el examen médico para verificar o facilitar el diagnostico de vértigo paroxístico.

*R/: **Pues por lo menos no se registraron si se realizaron, al examen físico no se registraron, el nistagmus es importante y no aparece nada sobre el nistagmus, no aparece nada sobre la marcha**, y hay un examen que se llama la maniobra de helgsalpaig (sic), que es el examen para valorar el tipo de nistagmus, ese examen nos permite durante el examen físico tener una sensibilidad del 88% **para evaluar si se trata de un vértigo periférico o un vértigo paroxístico benigno específicamente y no aparece registrado**.*

La falencia de estos precisos puntos por usted anotados, podrían conllevar a un diagnóstico y tratamiento adecuado.

*R/: **Pues la falencia de los mismos podría llevar a un diagnostico errado**, lo que sucede es que más del 90% de los vértigos son de origen periférico, entonces generalmente se trata al paciente y al paciente le va bien,*

*porque estadísticamente hablando es lo más probable, **por eso yo pienso que ese tipo de pacientes es importante hacerle un periodo de observación, donde se evalué y de acuerdo a eso hacerle un examen más completo, para saber cómo va el paciente, la respuesta del paciente y si es necesario hacer otro tipo de estudios.***

Doctora Respecto de la respuesta al literal b) de la pericia, cuando se interroga acerca del grado de complejidad patológica, y responde: “El primer día, si la consideración de vértigo periférico hubiere sido correcta, podría manejarse en primer nivel de complejidad”, frente a esto sírvase manifestar cual era la patología correcta de vértigo que presentaba la paciente, o si simplemente el diagnóstico de vértigo periférico no era la patología clínica que ella tenía.

R/: Lo que sucede es que en el primer resumen no aparece específicamente como estaba el nistagmus, como estaba la marcha de la paciente, si los síntomas de la inapetencia correspondían a disfagia o dificultad para tragar, entonces no es posible especificar si era un vértigo de origen central o un vértigo de origen periférico, si hubiera sido un vértigo de origen periférico si se puede manejar en primer nivel, pero no podemos asegurar con los datos que tenemos de la primera valoración si era un vértigo de origen periférico.

A que se refiere usted en la respuesta al literal k) con “el tiempo de observación con un examen físico completo al revalorar a la paciente, incluyendo un fondo de ojo, por ejemplo, hubieran posiblemente determinado la necesidad de otros estudios”.

R/: Si no se le hubiera dado salida a la paciente sino que se hubiera evaluado completamente, el examen físico completo lo que hablábamos, mirar el nistagmus, las características del nistagmus, hacer la maniobra de helgsalpaig (sic), mirar la ataxia de la paciente, como estaba la marcha de la paciente, hacer un examen del fondo de ojo, todo esto nos hubiera permitido llegar a un mejor diagnóstico de la paciente, y la vigilancia dentro del periodo de observación, y mirar si había respuesta al dimenhidrinato, mirar cuanto duraba el periodo del vértigo, si tenía periodos de mejoría o no, esto hubiera permitido hacer un mejor diagnóstico.” (Subrayados y negrillas del suscrito)

Conclusión médico probatoria de responsabilidad con relación a las omisiones de los galenos, de descartar otras patologías clínicas que podían estar desencadenando el estado clínico de la paciente, dados sus factores de riesgo y su sintomatología, lo cual generó un proceso de juicio diagnóstico errado o incompleto

De lo así descrito y referenciado señor Juez Constitucional, se puede evidenciar que no se tuvo en cuenta la hipertensión con la cual llegó la paciente Mercedes Toro de Gómez, mucho menos su manifestación de no ser capaz de sostenerse de pie, menos aún los factores de riesgo que esta presentaba y que fueron anotados en la historia clínica, y pese a ello, se dispensó el tratamiento médico con base en un diagnóstico presuntivo, sin que primero se realizaran exámenes paraclínicos con miras a llegar a un diagnóstico definitivo, con el cual pudieran haber descartado otras patologías que conforme los factores de riesgo y la sintomatología presentada por la paciente, que podían asociarse y que podían representar un peligro asociado a dichos factores de riesgo. **Hecho o conducta medica que claramente fue anotada por la perito en el presente proceso, donde la misma fue clara en establecer la necesidad de un periodo de observación, donde claramente manifestó que no**

existía prueba de que se le hayan realizado los exámenes necesarios, y menos aun que se haya buscado descartar la sintomatología de vértigo que presentaba, pues como lo anota la perito experta, es algo necesario, circunstancias que pasó por alto la autoridad judicial falladora.

Aquí llama la atención del suscrito, porque el Juez fallador de primera instancia no analizó de manera pormenorizada y puntual las pruebas existentes, para que pudiese evidenciar si realmente se había examinado en debida forma a la paciente, actuación médica que como se probó no se hizo, pues no se le realizaron los exámenes paraclínicos para llegar a un diagnóstico acertado, pese a conocer los factores de riesgo que estaban previamente identificados, para así poder descartar otras patologías asociadas que podían implicar la necesidad de un nivel de atención superior u otra acción medica diferente a la ejecutada; de esta manera se tiene que el diagnostico medico presuntivo de vértigo paroxístico, se volvió definitivo y solo se procedió a suministrar medicamentos para un vértigo paroxístico benigno (Dimenhidrinato), **sin siquiera cerciorarse de su real evolución**, pues como se evidenciará con este escrito, la revaloración de la efectividad del tratamiento, la hizo el personal auxiliar, **constituyendo todo ello en errores inexcusables de profesionales de la medicina al servicio de la ESE Salud Pereira.**

DE LOS ERRORES INEXCUSABLES EN EL DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLINICA QUE IMPLICAN UN INCORRECTO Y UN ERRADO PROCESO DE JUICIO DIAGNOSTICO (QUE TAMPOCO SE ANALIZO NI SE TUVO EN CUENTA SU PESO PROBATORIO EN LA RESPONSABILIDAD QUE EXISTE)

Existió una falla en el servicio médico, en lo relacionado con el diligenciamiento de la historia clínica, pues como bien se sabe, la misma constituye un aspecto fundamental del proceso diagnóstico de la patología de un paciente, y de su buen diligenciamiento depende en parte la suerte y el buen tratamiento del mismo, así como también es claro, que su mal diligenciamiento constituye una falla en el servicio la cual genera responsabilidad administrativa y patrimonial del ente de salud demandado.

Se encuentra que en el presente caso, para la patología y los síntomas reflejados por la paciente, era más que lógico que su problema tenía relación neurológica, pero resulta extraño que al momento de diligenciar la historia clínica, en la revisión por sistemas y en el examen físico, el galeno no registra dato alguno en este punto, diferente a ***“normal”***, lo que a todas luces refleja una falla más en el servicio médico asistencial, pues transmite una negligencia en la atención médica, ya que **no se aprecia que a la paciente le hubiesen prestado el debido cuidado que merecía y que el proceso de juicio diagnostico no fue el adecuado y diligente que requería;** lo que conlleva a su vez en una responsabilidad administrativa de la ESE Salud Pereira, situación está que se encuentra demostrada del dictamen pericial y su aclaración por parte de la Dra. Ana María Escobar Falcón (Fl. 155 a 160 del cuaderno 2, y audiencia del 03 de octubre de 2017), prueba que no fuese objetada por error grave por la demandada, y que el fallador de primera instancia pese a no darle valor y el debido juicio probatorio, con ello no puede desdibujarse su mérito o peso probatorio, por lo que podemos ver lo siguiente de la misma, donde la perito expuso:

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

“Podría aclarar si conforme la pericia rendida por usted, si a la paciente Mercedes Toro de Gómez se le hizo valoración sobre la presencia de ataxia o tinitus.

R/: No a la paciente no se interrogó según la historia si había tinitus, según los datos, y no se valoró por completo la ataxia, por lo menos no se registró en el examen físico, ni tampoco en la revisión por sistemas que es cuando interrogamos, tampoco aparece un complemento allí.

(...)

A la paciente se le realizaron maniobras durante el examen médico para verificar o facilitar el diagnóstico de vértigo paroxístico.

R/: Pues por lo menos no se registraron si se realizaron, al examen físico no se registraron, el nistagmus es importante y no aparece nada sobre el nistagmus, no aparece nada sobre la marcha, y hay un examen que se llama la maniobra de helgsalpaig (sic), que es el examen para valorar el tipo de nistagmus, ese examen nos permite durante el examen físico tener una sensibilidad del 88% para evaluar si se trata de un vértigo periférico o un vértigo paroxístico benigno específicamente y no aparece registrado.

Doctora conforme su pericia en el literal a), donde anota que no se describe nistagmus, que existe presencia de inapetencia y ataxia, pero no se hace énfasis en la intensidad de la ataxia, que podría ser un factor diferenciador, y sobre el hecho de no interrogar respecto de la presencia de tinitus; bajo estas precisas anotaciones considera usted que la valoración inicial a la paciente Mercedes Toro de Gómez estuvo completa.

R/: Por lo que aparece, no aparece completa la revisión.

La falencia de estos precisos puntos por usted anotados, podrían conllevar a un diagnóstico y tratamiento adecuado.

R/: Pues la falencia de los mismos podría llevar a un diagnóstico errado, lo que sucede es que más del 90% de los vértigos son de origen periférico, entonces generalmente se trata al paciente y al paciente le va bien, porque estadísticamente hablando es lo más probable, por eso yo pienso que ese tipo de pacientes es importante hacerle un periodo de observación, donde se evalué y de acuerdo a eso hacerle un examen más completo, para saber cómo va el paciente, la respuesta del paciente y si es necesario hacer otro tipo de estudios.

Me podría explicar doctora en que consiste la revisión por sistemas.

R/: La revisión por sistemas es la parte del interrogatorio donde se le pregunta a la paciente los síntomas respecto a cada órgano.

Es importante para un diagnóstico acertado.

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

R/: Si claro, la revisión por sistemas es una parte fundamental del interrogatorio y recepción de la historia clínica.

Conforme lo anotado por usted en el literal a), y teniendo presente las falencias del auscultamiento de los síntomas que presentaba la paciente para descartar uno u otro vértigo, la revisión por sistemas fue correcta.

R/: La revisión por sistemas por lo menos en lo que aparece allí no está completa, o por lo menos dice que todo está normal, entonces falta información al respecto.

Es lógico anotar en el estado neurológico que la paciente estaba bien (normal) y en el cardiovascular normal, cuando en la misma historia clínica se anota que existe hipertensión.

R/: Pues realmente había hipertensión sistólica entonces no debía anotarse que estaba normal, en el examen físico en ese punto.

(...)

Si en la historia clínica estudiada, usted expone que no es posible determinar si se interrogaron otros síntomas, de qué manera se podría saber.

R/: Básicamente lo que está consignado en la historia es lo único que podemos concluir que pudo interrogar el medico en ese momento.

Es obligación de los galenos consignar todas las situaciones que el presencie y que el vea de acuerdo a su pericia dentro del proceso diagnóstico.

R/: Claro la idea es que la historia clínica sea lo más completa posible y que se documente toda impresión.

(...)

De la respuesta al literal l) de su pericia, nos puede decir si la atención que recibió la señora Mercedes Toro de Gómez cumplió con todos los protocolos médicos que dicta la lex artis.

R/: Básicamente acorde a lo que está registrado en la historia clínica, no se le realizó un examen físico completo, no sabemos si se interrogaron completamente todos los síntomas, especialmente en la revisión por sistemas en lo que respecta a la parte neurológica y no hubo un periodo de observación.

Del solo análisis de la prueba pericial como prueba trascendental y de mayor relevancia en el proceso, para el fallador debían quedar claras muchas circunstancias que generaban aunque sea un indicio grave de las fallas en el juicio diagnóstico que en su momento había realizado el galeno, pero fueron circunstancias que omitió el fallador en revisar y analizar de manera profunda, y donde solo se limitó a indicar que como el galeno involucrado había manifestado que había hecho el tratamiento adecuado, y que pese a que no consignó ciertas cosas en la historia clínica, su atención y proceder médico no revestía conducta negativa alguna; a lo cual no es lógico y no comparte el suscrito, como se hizo en el recurso

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

de alzada, pues era un deber del galeno actuar conforme los parámetros legales, y de la ciencia médica, máxime si como se evidenció en la pericia, lo realizado por el galeno no era suficiente, pues existían otras conductas médicas que no abordó y no existe constancia de haberlo hecho, con las cuales el diagnóstico y tratamiento hubiese sido acertado o se le hubiese brindado la posibilidad de una atención diligente y oportuna, en condiciones de calidad y eficiencia, circunstancias que con la conclusión que tuvo el fallador de primera instancia, no encuentra asidero bajo la comunidad de pruebas practicadas que daban fe de otra realidad fáctica no contemplada ni valorada por el fallador.

Con relación a lo anterior, se encuentra que el fallador de primera instancia, no tuvo en cuenta la doctrina existente en materia de diagnóstico médico, la cual es coincidente con las pruebas y pericial en especial realizada por la Dra. Escobar Falcon en el presente asunto, de lo cual se puede evidenciar así:

Con relación a este tipo de fallas del servicio, por su aspecto eminentemente técnico, es importante soportar los estudios de responsabilidad en la doctrina médica o literatura comúnmente llamada, y frente al presente asunto, tenemos que el Dr. Alberto León Duque Osorio, en su libro titulado Tema de Prueba en la Responsabilidad Medica, editorial Biblioteca Jurídica Dike, año 2014, expuso acerca del juicio diagnóstico, doctrina que fuese expuesta desde el inicio de la demanda, y reiterada en los alegatos de conclusión, de donde se puede evidenciar frente al caso aquí cuestionado, lo siguiente:

“46. EL PROCESO DIAGNÓSTICO

La doctrina ha establecido el siguiente principio cuando se trata de la práctica médica de diagnóstico: “De ninguna manera y bajo ningún pretexto, el acto médico de diagnóstico puede quedar fuera del alcance de la aplicación de la lex artis” es precisamente el principio que establece la necesaria implementación de una secuencia sistemática de pasos, recogida por aquel método científico que describe cuáles son las técnicas y como son **las acciones específicas para emitir un diagnóstico acertado.**

El diagnóstico puede descomponerse en dos etapas de actuaciones médicas: Una primera etapa, comienza con un simple interrogatorio que le realiza el médico al paciente, con respecto al estado y funcionamiento de cada uno de sus sistemas orgánicos y procede con el examen médico que va hasta con pruebas y análisis complementarios, simples o sofisticados, en la medida de la indicación de estos en el método científico.

Luego del interrogatorio, se realiza la exploración del paciente conducente a recolectar todos los síntomas o signos clínicos susceptibles de iluminar al médico, interpretarlos y deducir cual puede ser la naturaleza de la afección del paciente, encajando esa situación particular en un cuadro patológico conocido, para que, dentro de unos límites técnico- científico de diagnóstico, el médico agote en la medida de lo posible el conjunto de pruebas o análisis complementarios, que lo llevan a un diagnóstico acertado.

En esta primera etapa, antes de agotar aquellas pruebas complementarias o análisis paraclínicos que indican los criterios técnico- científicos de diagnóstico, el médico esta ante la posibilidad de emitir presunción diagnostica o presunción de diagnósticos diferenciales.

(....)

En la segunda etapa, siguiendo la utilización del método científico de diagnóstico, una vez agotadas aquellas pruebas complementarias o análisis paraclínicos que indican los criterios técnico- científicos de diagnóstico, el médico recolecta todos los datos obtenidos en el proceso anterior, correspondiendo a la interpretación de aquellos datos, coordinándolos y relacionándolos entre sí, comparándolos y contrastándolos con los diversos cuadros patológicos ya conocidos por la ciencia médica, lo que le permite emitir un juicio de diagnóstico, puesto que emerge de las valoraciones realizadas en la exploración del paciente y en el resultado de las pruebas complementarias.

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

Por otro lado, frente al tema de prueba con respecto al acto médico del diagnóstico, se dejó dicho:

“72. EL MOTIVO DE CONSULTA Y LA ENFERMEDAD ACTUAL COMO INTERROGATORIO MEDICO

Siendo el motivo de consulta el que define el síntoma o signo guía que permite reconstruir la historia de la enfermedad actual del paciente, se convierte en la parte central de la entrevista que se debe dar entre el paciente y el médico, ya que recoge la esencia de aquello que llevo al enfermo a buscar ayuda médica (supra 31). Es por tanto que, de manera precisa, se debe registrare la explicación del paciente con respecto a lo que este siente, especificando sus molestias de manera cronológica.

Una vez agotado el registro del motivo de consulta, el médico realiza al paciente, de manera elaborada y dirigida, un interrogatorio denominado enfermedad actual (supra 32) que precisa la determinación del síntoma o signo relatado por el paciente en el motivo de consulta, preguntando el momento en el que se inició y las relaciones con respecto a otros temas, síntomas o signos, la forma de presentación y localización del síntoma, su cualidad, intensidad y temporalidad, factores desencadenantes o agravantes y factores que lo alivian; además, el patrón tipo o manera en que se manifiesta el signo, sus variaciones en el tiempo y relación con síntomas.

Por las características fundamentales tan precisas que persigue el motivo de consulta y la enfermedad actual, el tema de prueba en conflictos jurídicos de responsabilidad medica asistencial que versan con respecto al acto médico de diagnóstico, deben enfocarse de manera específica en tales secuencias.

(...)

73. REVISIÓN POR SISTEMAS COMO INTERROGATORIO MEDICO

Como el interrogatorio de la revisión por sistemas de todo el organismo realizado por el médico al paciente constituye un complemento ineludible de la enfermedad actual (supra 35), todo con la finalidad de reconocer enfermedades que no guardan relación con el cuadro sintomatológico registrado en el interrogatorio de la enfermedad actual, es decir, reconocer enfermedades que no están reflejadas de manera directa con los signos y síntomas actuales relatados en motivo de consulta y enfermedad actual, la sistematización de dicho interrogatorio se debe realizar tomando en cuenta los órganos de diferentes aparatos en cada segmento del cuerpo.

(...)

74. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES COMO INTERROGATORIO MÉDICO

Partiendo de la base que los antecedentes personales y familiares son datos que al ser integrados todos los demás de la historia clínica, ayudan a aclarar puntos de la misma, puesto que se incluye el interrogatorio sobre los llamados hábitos o antecedentes fisiológicos, necesarios para conocer la forma de vida del individuo en estado de salud y su entorno, las sistematización de dicho interrogatorio se debe realizar de manera razonable y eficaz pendiente a incluir costumbres y hábitos del paciente, manifestaciones y situaciones particulares de salud y enfermedad y en relación con su familia, relaciones y exposiciones con su entorno (supra36).

(...)

75. EXPLORACIÓN FÍSICA COMO TRABAJO CLÍNICO DE DIAGNOSTICO

Como conducta en el trabajo clínico de diagnóstico el médico aplica sus cinco sentidos, explora en el paciente aquellas alteraciones o datos que, junto a los aportados por la anamnesis o interrogatorio, posibilitan, orientan y permiten conocer la enfermedad del paciente (supra 37).

(...)

Esta exploración física debe realizarse de manera completa, sistemática y metódicamente posible, siguiendo una ordenación por aparatos o sistemas, o

bien un orden físico descendiendo del cabeza a los pies, precedido de una medición antropométrica (peso y talla) y una toma de constantes como son, la temperatura, la frecuencia del pulso, la frecuencia respiratoria y la presión arterial.

(...)

76. EL PROCEDIMIENTO DE LA ELABORACIÓN DEL DIAGNÓSTICO

El procedimiento de la elaboración del diagnóstico (supra 46) comienza cuando se inicia el acopio de datos de la historia clínica y la entrevista médica. Las informaciones iniciales comienzan con el motivo de consulta que define el síntoma o signo quía que permite reconstruir la historia de la enfermedad actual del paciente; sigue con la enfermedad actual, que consiste en el interrogatorio que le hace el médico al paciente de manera elaborada y dirigida con la finalidad de precisar la determinación del síntoma o signo relatado por un paciente en el motivo de consulta (supra 33, 34); **continúa con la revisión por sistemas de todo el organismo del paciente, realizado por el interrogatorio que le hace el médico, lo que permite reconocer enfermedades que no guardan relación con el cuadro sintomatológico registrado en el interrogatorio de la enfermedad actual** (supra 32); el interrogatorio del médico termina con la recolección de las respuestas del paciente en cuanto a los antecedentes personales y familiares, lo que ayuda a aclarar puntos oscuros de la historia clínica (supra 36). Una vez recolectada esta información en la historia clínica, el médico empieza con la exploración física del paciente, iniciando con la medición antropométrica (peso y talla) y una toma de constantes como son, la temperatura, la frecuencia del pulso, la frecuencia respiratoria y la presión arterial, y siguiendo con el examen físico del paciente, ordenado por aparatos o sistemas, o bien, por orden físico descendiendo de la cabeza a los pies (supra 37).

En esta primera etapa del procedimiento de diagnóstico, en el que el médico completa el contacto personal con el paciente mediante la exploración física, se alcanza la posibilidad de emitirse un diagnóstico de presunción o provisional, o diagnósticos diferenciales; a no ser que se cuente con una razón lógica que permite establecer un juicio de diagnóstico. Posteriormente, mediante la realización de determinadas exploraciones complementarias se confirma o descarta el, o los diagnósticos diferenciales provisionales o de presunción, obteniendo el diagnóstico definitivo (supra 43, 44).

Como el juicio de diagnóstico, como segunda etapa del procedimiento de diagnóstico (supra 45), es el ejercicio intelectual por el cual el médico intenta determinar la enfermedad de base de un paciente a partir de una serie de manifestaciones que pueden ser expresadas por el paciente denominadas síntomas, o expresadas o no por el paciente y demostrables mediante el examen físico llamados signos, y demostradas por exámenes auxiliares denominados “paraclínicos” que son los indicados por el método científico, el diagnóstico podría ser clínico, el cual requiere tener en cuenta los aspectos de la lógica, análisis y síntesis, utilizando diversas herramientas como la anamnesis o interrogatorio, la exploración física y exploraciones complementarias. Es por tanto, que las enseñanzas metodológicas y cursos de estudio sobre enfermedades indican las vías más seguras para alcanzar el diagnóstico acertado, el científicamente más probable, por lo que constituyen los límites técnico dentro de los cuales puede desenvolverse la función discrecional del médico (supra 45, 46). Y es que como se habla de alcanzar el diagnóstico acertado, el científicamente más probable, porque el razonamiento de diagnóstico se basa en unas relaciones estadísticas entre las variables clínicas y una verosimilitud diagnóstica explicada por un determinado modelo o por un determinativo que se basa en el empleo de sencillas reglas clínicas derivadas de la práctica (supra 45, 46), con la sospecha clínica que se establece una hipótesis diagnóstica o diagnóstico de trabajo que constituye una de las etapas fundamentales del trabajo clínico (supra 43), esta habrá de ser puesta a prueba para confirmarla o descartarla, para lo cual puede ser necesario realizar nuevas exploraciones complementaria o exámenes auxiliares “paraclínicos” seleccionados racionalmente de acuerdo a unos principios metodológicos-científicos (supra 45,46), los que son sometidos a su correspondiente interpretación (supra 45,46).

El tema de prueba en conflictos jurídicos de responsabilidad médica asistencial que versan con respecto al procedimiento de elaboración del

diagnóstico debe contemplar aspectos de calidad de la información en las dimensiones de su exactitud o fidelidad, puesto que acertar en un diagnóstico depende de la sensibilidad y especificidad de la información recogida, lo que conlleva a exigirse una precisión o capacidad de reproducir información o de medición, alcanzada por la presencia de datos o pruebas específicas con capacidad para identificar positivos diagnósticos, o para diferenciar lo que está o no está afectado patológicamente, y que se agota en la medida de lo posible en las etapas de diagnóstico. (subrayado, negrilla y tamaño de fuente fuera de texto)

De la doctrina antes relacionada, se concluye que el proceso diagnóstico se cumple con una serie de etapas que deben cumplirse de manera ordenada, completa y minuciosa, con miras a llegar a un diagnóstico acertado, pues de lo contrario, dicho diagnóstico no correspondería a la patología que en algún momento pudiese presentar algún paciente en atención; y teniendo presente lo que se considera como proceso diagnóstico, de lo probado en el caso que es objeto de estudio, podemos concluir, diferente a la conclusión a priori arribada por el Despacho judicial de primera instancia, lo siguiente:

- No se realizó un completo examen físico a la paciente, pues de la historia clínica existente en el folio 39 a 41 del cuaderno 2, no existe prueba que así lo demuestre.

Y como puede observarse de la prueba pericial realizada por la Dra. Ana María Escobar Falcón, esta anota dentro de la audiencia del 03 de octubre, cuando se le pidió aclaración acerca de varios términos médicos, entre ellos el nistagmus, ataxia y tinitus; y cuando se le interrogó acerca de la importancia de la presencia de estos síntomas para determinar la conducta a seguir, el médico perito se pronunció al indicar:

“Doctora puede manifestarle a la audiencia que es el síntoma de tinitus.

R/: Tinitus es la sensación de pito en el oído, eso nos orienta más para saber si el vértigo es de origen periférico.

Podría aclarar si conforme la pericia rendida por usted, si a la paciente Mercedes Toro de Gómez se le hizo valoración sobre la presencia de ataxia o tinitus.

R/: No a la paciente no se interrogó según la historia si había tinitus, según los datos, y no se valoró por completo la ataxia, por lo menos no se registró en el examen físico, ni tampoco en la revisión por sistemas que es cuando interrogamos, tampoco aparece un complemento allí.

Doctora podría describirnos que es el nistagmus, y si es importante para descartar el origen del vértigo.

R/: Si, los dos puntos más importantes cuando se hace el examen del vértigo de una paciente con vértigo, son el nistagmus y la ataxia, el nistagmus es el movimiento ocular de los ojos básicamente cuando se evalúa, el nistagmus es diferente cuando es periférico o central, cuando es periférico el movimiento es horizontal, mientras cuando es de origen central el nistagmus no es horizontal y puede ser a cualquier dirección, y cuando uno le pide al paciente que mire hacia un punto fijo el paciente sigue presentando los movimientos, y la ataxia es otro punto importante para evaluar la marcha, para diferenciar cuales de los tipos de vértigo se trata.

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

A la paciente se le realizaron maniobras durante el examen médico para verificar o facilitar el diagnóstico de vértigo paroxístico.

R/: Pues por lo menos no se registraron si se realizaron, al examen físico no se registraron, el nistagmus es importante y no aparece nada sobre el nistagmus, no aparece nada sobre la marcha, y hay un examen que se llama la maniobra de helmsalpaig (sic), que es el examen para valorar el tipo de nistagmus, ese examen nos permite durante el examen físico tener una sensibilidad del 88% para evaluar si se trata de un vértigo periférico o un vértigo paroxístico benigno específicamente y no aparece registrado.

Doctora conforme su pericia en el literal a), donde anota que no se describe nistagmus, que existe presencia de inapetencia y ataxia, pero no se hace énfasis en la intensidad de la ataxia, que podría ser un factor diferenciador, y sobre el hecho de no interrogar respecto de la presencia de tinitus; bajo estas precisas anotaciones considera usted que la valoración inicial a la paciente Mercedes Toro de Gómez estuvo completa.

R/: Por lo que aparece, no aparece completa la revisión.

La falencia de estos precisos puntos por usted anotados, podrían conllevar a un diagnóstico y tratamiento adecuado.

R/: Pues la falencia de los mismos podría llevar a un diagnóstico errado, lo que sucede es que más del 90% de los vértigos son de origen periférico, entonces generalmente se trata al paciente y al paciente le va bien, porque estadísticamente hablando es lo más probable, por eso yo pienso que ese tipo de pacientes es importante hacerle un periodo de observación, donde se evalué y de acuerdo a eso hacerle un examen más completo, para saber cómo va el paciente, la respuesta del paciente y si es necesario hacer otro tipo de estudios.

- De otro lado, respecto del correcto diligenciamiento de la historia clínica, la perito procedió a indicar cuando se le pregunto sobre la presencia de hipertensión arterial, alteración en la marcha en la atención en urgencias del 05 de marzo de 2014, y la consigna en la revisión por sistemas frente el sistema neurológico como normal, esta galena expresó: "Pues realmente había hipertensión sistólica entonces no debía anotarse que estaba normal, en el examen físico en ese punto".

De igual manera, los galenos traídos a interrogatorio, frente a este aspecto, manifestaron:

DR. JOSE FERNANDO GOMEZ GONZALEZ

La hipertensión sistólica aislada es normal o no es normal.

R/: No es normal.

DR. HENRY HURTADO OSPINA

*"Esa presión arterial de 160/80 puede catalogarse como una hipertensión sistólica aislada. R/: **Es que es catalogada así.***

*Esa hipertensión sistólica aislada es o no es normal. R/: **No, no es normal en esta paciente de tenerla de 160/80.***

Quando se le pregunto a la perito que conforme su experticia, si la historia clínica estuvo bien diligenciada y si los procedimientos médicos cumplieron con la lex artis, esta manifestó: **"Básicamente acorde a lo que está registrado en la historia clínica, no se le realizó un examen físico completo, no sabemos si se interrogaron completamente todos los síntomas, especialmente en la revisión por sistemas en lo que respecta a la parte neurológica y no hubo un periodo de observación. Si se hubiese realizado las valoraciones físicas por nistagmus, severidad de la ataxia, la**

marcha, cambios motores y sensitivos, disimetría o reflejos anormales, así como realizar un periodo de observación, y se hubiesen agotado los estudios requeridos como revisión por imágenes tipo tomografía axial computarizada de cráneo simple; hubiesen permitido tener un tratamiento más adecuado.”; así las

cosas, puede apreciarse no solo por jurisprudencia o doctrinaria, sino que también probatoriamente, que en el caso presente, a la señora Mercedes Toro de Gómez no se le hizo un completo y adecuado examen físico que estuviese correctamente reflejado en la historia clínica y que se acompasara con los protocolos y procedimientos médicos, pues la historia clínica como documento privado es la prueba trascendental para demostrar la práctica médica, reflejando entonces que la entidad demandada a través de sus galenos, no puso a disposición todos los elementos médicos indispensables para la valoración, diagnóstico y tratamiento de la patología o sintomatología por la cual acudió la señora Toro de Gómez, situación que echó de menos y nunca fue valorada de forma adecuada por el fallador de instancia, al momento de concluir con la decisión que hoy se cuestiona en sede judicial, la cual se demuestra y evidencia una clara omisión o defecto factico en su emisión, así como un claro desconocimiento de los precedentes jurisprudenciales en materia del proceso de juicio diagnóstico y de la historia clínica y su diligenciamiento, los cuales nunca fueron objeto de reparo por el A-quo, pese a que la ley y la jurisprudencia son claros y vinculantes sobre la materia.

- En lo que respecta a los antecedentes personales y familiares de la señora Mercedes Toro de Gómez, se tiene que en la historia clínica visible a folios 39 a 41 del cuaderno 2, registrada por la ESE Salud Pereira, se anotaron (Diabetes Mellitus e Hipertensión), y sobre los mismos, se tiene que son factores de riesgo ampliamente reconocidos como tales, pues cuando se le pregunto a los galenos acerca de los factores de riesgo para un ACV (Accidente Cerebro Vascular), estos dijeron:

DR. CARLOS ALBERTO MARULANDA VALENCIA

Cuáles son las causas de un accidente cardiovascular isquémico.

R/: La hipertensión, que es la principal causa, o enfermedades como la diabetes que son como los más importantes.

DR. DIEGO ANDRES OSORNO CHICA

Cuál es la causa de la patología que usted refiere ECV fosa posterior de alto riesgo de enclavamiento cerebrovascular.

R/: La causa es una oclusión vascular aguda o crónica que se agudiza, en personas que tienen factores de riesgo, generalmente factores de riesgo que nosotros llamamos factores de riesgo cardiovascular (Diabéticos, hipertensos, la edad como factor de riesgo, el tabaquismo, o alguna patología metabólica asociada), esa es la causa patológica de base.

DR. DAVID ANTONIO RAMOS GONZALEZ

En la nota clínica del 09 de marzo a las 11:27, usted anota paciente en malas condiciones generales, hipertensa y diabética de base, sin cambios, accidente cerebrovascular isquémico territorio de art media izquierda, los antecedentes de hipertensión y diabetes son factores de riesgo para un accidente cerebro vascular.

R/: Importantes, muy muy importantes, son factores de riesgo importantes.

DR. JOSE JOAQUIN CASTAÑO LOPEZ

Conforme esas características de la paciente (sexta vida, hipertensa y diabética), esas condiciones son propias o constituyen factores de riesgo para un ACV.

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

R/: Si efectivamente.

DR. JOSE FERNANDO GOMEZ GONZALEZ

La hipertensión es un factor de riesgo para un ACV.

R/: Si.

Que otros factores de riesgo existen.

R/: La hipertensión arterial, *el tabaquismo, el sedentarismo, algunos medicamentos pueden influir en riesgos de pro trombosis, las enfermedades genéticas que alteran la coagulación pueden generar eventos de este tipo, las malformaciones vasculares, entre otros.*

La diabetes es un factor de riesgo igualmente para desencadenar un ACV.

R/: Si señor.

DR. DAVID RICARDO ECHEVERRI PIEDRAHITA

La hipertensión es un factor de riesgo para un ACV.

R/: Si.

Que otros factores de riesgo existen.

R/: *Antecedentes familiares, edad, hipertensión, diabetes, el mal manejo e inadecuada alimentación, el cigarrillo.*

DR. HENRY HURTADO OSPINA

Cuáles son los factores de riesgo para un ACV.

R/: Son múltiples doctor, *entre ellos que estuviesen presentes, la diabetes mellitus como presentaba la paciente, la hipertensión arterial, el sedentarismo, el tabaquismo, la no adherencia a los medicamentos así no se tengas las patologías relacionadas por mí, eventos muy apartes de un sistema nervioso central como son por ejemplo las venas varices que dan probabilidad altísima de que se formen coágulos y trovos que drenan ocasionando ACV.*

Así entonces, no cabe duda alguna concluir bajo los parámetros doctrinales y de lo probado dentro del proceso, que no existió un examen completo a la paciente, no hubo un proceso diagnóstico juicioso diligente, completo y acorde a los protocolos médicos, que evidenciara diligencia y oportunidad en la prestación del servicio médico, en donde se realizara todo un proceso de juicio diagnóstico que tuviera en cuenta los antecedentes personales y familiares, una entrevista y examen físico completo, lo cual pudiese llevar a un diagnóstico certero y un tratamiento adecuado, pues por el contrario quedaron demostradas las irregularidades en la valoración a la paciente de sus antecedentes, en la consignación de datos precisos y completos en la historia clínica, en la valoración física adecuada que tuviese en cuenta tales factores de riesgo, así como también que se utilizaran todos los medios que estuviesen a su disposición, tales como ayudas diagnósticas o exámenes paraclínicos, que como se probó en el dictamen pericial, si existían y podían lograr descartar otras patologías y lograr un diagnóstico más certero, lo que constituye un claro error en el

diagnóstico y una clara pérdida de oportunidad para la mejoría del estado clínico de la paciente para ese momento.

Inclusive, es tan demostrable las inconsistencias que se tuvo en el correcto y juicioso diligenciamiento de la historia clínica, que el mismo galeno involucrado, pese a que nunca tuvo en cuenta los antecedentes de hipertensión y diabetes mellitus que tenía la paciente, así como tampoco el grado anormal de tensión arterial que presentaba al ingreso de la paciente (160/80), la cual fue catalogada por el galeno Hipertensión estadio 2, expuso en su testimonio **que fue un error lo que se anotó, puesto que lo que tenía era una hipertensión estadio 1**, y manifestó:

“Al momento del examen físico la señora Toro de Gómez registra tensión arterial de 160/80 y se anota hipertensión estadio 2, que significa ello.

R/: Eso es un formato que sale mecánicamente y lo estipula quien desarrollo el software de las historias clínicas en urgencias y consulta externa, esa hipertensión no es estadio 2 sino estadio 1, la presión que la paciente presentaba no era un riesgo de poder predecir un ACV.

Ese error al que usted hace referencia no lo deben revisar al momento de hacer las consignas en la historia clínica.

R/: En mi caso yo vuelvo y tomo la presión arterial y volví y encontré la misma, por ende, no había que cambiar.”

Situación ilógica y contradictoria, donde el galeno no explica en forma alguna las inconsistencias en la consigna de la historia clínica, lo cual refleja un análisis o proceso diagnóstico incompleto o errado; y no obstante lo anterior, vale la pena resaltar igualmente que de todas formas las cifras tensionales si representaban un grado anormal de la tensión arterial, bien conocida como hipertensión sistólica aislada, que fue catalogada como anormal por todos los galenos que rindieron testimonio, de esta manera, si no era una tensión arterial normal, y si se estaba en presencia de una paciente con antecedentes de hipertensión y diabetes, erró el personal médico que dispensó atención para el día 05 de marzo de 2014, a su deber de diligencia y cuidado al no tener presente estas cifras tensionales anormales, hechos, circunstancias y pruebas que no fueron de análisis o valoración por el Juez A-quo, con las cuales la realidad fáctica reclamada debía cambiar en el fallo que hoy es objeto de sede constitucional.

Por otro lado, es imperativo rebatir el argumento escueto del Despacho judicial de primera instancia, al indicar que si bien la historia clínica no tenía consignados ciertos elementos o manifestaciones de la paciente, lo cierto es que el médico tratante en su declaración manifestó que si hizo todas las actuaciones adecuadas, dando así el Juez A-quo plena y total credibilidad al médico involucrado en la mala atención médica, con la gravedad que aquí el Juez está invirtiendo la carga dinámica de la prueba, y de contera está desconociendo todo el grueso del material probatorio, incluidos testimonios, **PRUEBA DOCUMENTAL Y PERICIAL**, que reflejan lo contrario, siendo ello una conclusión incompleta, que no refleja un estudio juicioso de ponderación y valoración de peso probatorio, y solo refleja el hecho de la omisión clara del Despacho cuestionado en valorar pruebas de suficiente peso, e inclusive, esa omisión como se dice, desconoce preceptos legales y postulados jurisprudenciales que han sido pacíficos y reiterados en el tiempo en establecer las responsabilidades de las instituciones médicas y de los galenos al momento de diligenciar la historia clínica como instrumento único de prueba del proceso y juicio de diagnóstico médico.

Por lo anterior, para dar mayor claridad y justificar lo aquí alegado, es pertinente hacer referencia a los reiterados pronunciamientos jurisprudenciales de la Sección Tercera del Consejo de Estado, desde el año 2009 al año 2017, que respaldan los argumentos que se

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

han venido exponiendo por el suscrito, y que puede resaltarse dichos pronunciamientos, así:

CONSEJO DE ESTADO

SECCION TERCERA

Sentencia del 12 de febrero de 2009

Radicado No. 25000-23-26-000-1994-00175-01 (16147)

“4.1. Historia clínica y Necropsia

4.1.1. Historia clínica

En primer lugar, conviene advertir que dentro de la normatividad colombiana se encuentra definido este elemento determinante para la práctica médica. La Ley 23 de 1981 señala:

“ARTICULO 34. La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado sometido a reserva que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley.

ARTICULO 35. En las entidades del Sistema Nacional de Salud la Historia Clínica estará ceñida a los modelos implantados por el Ministerio de Salud.

ARTICULO 36. En todos los casos la Historia Clínica deberá diligenciarse con claridad.” (Subrayado fuera de texto)

(....)

Si bien es cierto que a la fecha en que ocurrió el evento que da lugar al presente proceso no había entrado a regir la Resolución 1999 de 1995, también es cierto que la obligación de consignar las condiciones de salud del paciente dentro de la Historia Clínica es algo que se encuentra prescrito dentro de nuestro ordenamiento jurídico en la ley 23 de 1981, e incluso antes de esta norma, se daba cuenta de tales obligaciones en los protocolos médicos respectivos.

En concreto, la Historia Clínica de Jesús Antonio Herrán Abril, aportada al proceso en copia auténtica del original², acredita lo siguiente:

- Motivo de consulta: diarrea, fiebre;
- Enfermedad actual: diarrea de cinco días de evolución (acuosa, fétida), fiebre no cuantificada, consultó a médico particular, recibió Metrozin, ibuprofeno. Sin mejoría;
- Revisión por sistemas: polidipsia;
- Antecedentes: diarrea con frecuencia, blenorragia;
- Examen físico: paciente febril al tacto, deshidratación grado 2, lengua saburral;
- Tensión arterial: 100/60 mmHg. Pulso 100 por minuto.
- Ruidos cardíacos arrítmicos por taquicardia. Auscultación cardiopulmonar OK
- Abdomen blando depresible, no dolor, no signos peritoneales, ruidos intestinales presentes;
- Diagnóstico: enfermedad diarréica aguda (colitis bacteriana) deshidratación grado 1;
- Se solicita cuadro hemático coproscópico. Diarréico abundantes leucocitos. Cuadro hemático leucocitos 13000;
- Se formula Bactrim más dieta;

De conformidad con los pronunciamientos de la Sección Tercera del Consejo de Estado, “...el carácter completo y permanente de la historia clínica es condición de calidad de los cuidados médicos o de la correcta asistencia facultativa...”³, razón por la cual en el presente caso se determinará, posteriormente, si el personal médico cumplió con las obligaciones que le son propias respecto de la plenitud y coherencia en información que debe ser incorporada.

(....)

4.2. Consideraciones de la Sala. Diagnóstico incompleto o errado.

² Folio 20, Cuaderno 2

³ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Sentencia de 10 de febrero de 2000, Radicación 11878, Actor Josué Reinaldo Durán Serrano y otros, C.p. Alíer Eduardo Hernández Enríquez

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

Como punto de partida, es indispensable señalar que existe una diferencia sustancial entre el diagnóstico dado al paciente y la necropsia. En el primero, se concluyó que el señor Herrán padecía enfermedad diarreica aguda, mientras que en la segunda se definió que la causa de su muerte había sido insuficiencia respiratoria por neumonía.

Lo anterior constituye un claro caso de diagnóstico incompleto o errado puesto que si bien es cierto que el paciente adolecía de diarrea, también lo es que de manera concomitante con esta padecía de neumonía, y que fue esta última la que le causó la muerte. Acerca de la naturaleza e importancia del diagnóstico, la doctrina jurídica especializada ha dicho⁴:

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

(...)

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

En una segunda etapa, una vez recogidos todos los datos obtenidos en el proceso anterior, corresponde el análisis de los mismos y su interpretación, “coordinándolos y relacionándolos entre sí, siendo también precisa su comparación y contraste con los diversos cuadros patológicos ya conocidos por la ciencia médica; es decir, se trata, en suma, una vez efectuadas las correspondientes valoraciones de emitir un juicio.” (Subrayado fuera de texto)

La Sección Tercera del Consejo de Estado, en reiteradas oportunidades, se ha referido a las diferencias que se presentan entre el diagnóstico y el estado real del paciente, y a la forma como tales diferencias o errores pueden generar responsabilidad a cargo de la entidad encargada de la prestación del servicio médico asistencial.

Ha dicho la Sala:

“...resulta evidente la omisión en que incurrió la entidad demandada al no efectuar un diagnóstico oportuno de la dolencia que aquejaba a la paciente, quien se hallaba en el estadio post operatorio y presentaba síntomas de infección, a pesar de lo cual no fue sometida oportunamente a todos los exámenes necesarios para determinar el origen de la misma, que finalmente vino a establecerse únicamente en la necropsia, pero que de haberse descubierto y tratado a tiempo, habría permitido evitar el deceso de la señora Marieth Torres López. Para la Sala, esa ausencia de diagnóstico y tratamiento oportunos, constituye una clara falla del servicio...”⁵ (Subrayado fuera de texto)

“El material probatorio representa que la causa del daño es consecuencia eficiente y determinante de la medicación a la paciente de estreptomycin en consideración al diagnóstico errado de tuberculosis... Si la Caja hubiese sido más cuidadosa y diligente habría dispuesto los procedimientos necesarios para evaluar todos los síntomas de la paciente y con la evaluación correcta podría haber realizado un diagnóstico acertado y un tratamiento acorde con el real estado de la enferma”⁶ (Subrayado fuera de texto)

⁴ R. Vásquez Ferreira, Daños y perjuicios en el ejercicio de la medicina, Hammurabi José Luis Depalma, 2 ed. Buenos Aires, 2002, p. 106 – 107

⁵ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Sentencia de 11 de mayo de 2006, Radicación 14400, Actor: Lino Antonio Amórtegui, C.p. Ramiro Saavedra Becerra

⁶ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Sentencia de 22 de junio de 2001, Radicación 12701, Actor: Mariela Martínez de Fonseca, C.p. María Elena Giraldo

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

*“La muerte se produjo, sin duda, debido a la falta de tratamiento oportuno de la patología presentada, lo que, a su vez, tuvo por causa el no esclarecimiento a tiempo del diagnóstico. La Sala encuentra acreditada la responsabilidad de la Universidad Industrial de Santander en el presente caso. En efecto, está demostrado que esta institución no utilizó debidamente todos los medios que estaban a su alcance para esclarecer el diagnóstico de Javier Durán Gómez, lo que, a su vez, impidió realizar oportunamente el tratamiento indicado, hecho que ocasionó la muerte del joven estudiante.”*⁷ (Subrayado fuera de texto)

Ahora bien, la existencia de un diagnóstico errado no implica de suyo que haya responsabilidad por parte de la entidad prestadora del servicio médico puesto que la ciencia médica es susceptible de emitir diferentes juicios respecto de una misma situación clínica y, en consecuencia, puede haber equivocaciones en el diagnóstico y tratamiento correspondientes. Por tal razón, la Sección Tercera del Consejo de Estado ha explicado en qué consiste la falla en el servicio médico con ocasión de un diagnóstico al decir que:

*“...lo que debe evaluarse, en cada caso, es si se utilizaron todos los recursos, esto es, si se practicaron los procedimientos adecuados para llegar a un diagnóstico acertado... Al médico no le es cuestionable el error en sí mismo, sino el comportamiento inexcusable que lo llevó a cometerlo. El error que exime de responsabilidad no ha de ser una anomalía en la conducta, sino una equivocación en el juicio, por lo que se hace necesario investigar si el galeno adoptó todas las previsiones aconsejadas por la ciencia para elaborar el diagnóstico.”*⁸

En el sub iudice, se puede advertir que la historia clínica presenta falencias y contradicciones que llevaron a que el diagnóstico fuera incompleto o errado, es decir, que más que un error en el juicio hecho sobre la valoración clínica, se trata de un error derivado de las omisiones y faltas en la evaluación de las condiciones de salud del paciente, por no haberse tomado todas las medidas necesarias para examinarlo completamente. En concreto, observa la Sala que:

- No se registraron antecedentes quirúrgicos, posibilidades de contagio, ni antecedentes personales en relación con conductas de riesgo que pudieran implicar otras enfermedades o condiciones previas. Tampoco se registraron los signos vitales de frecuencia respiratoria, temperatura, saturación de oxígeno, ni aparece reporte sobre el estado neurológico del paciente;

- El examen físico se contradijo porque en el espacio correspondiente al estado general del paciente se señaló que tenía deshidratación grado 2 (esto es, signos clínicos de deshidratación como mucosas secas, ojos hundidos, piel seca), y en el diagnóstico, en el revés del documento, se dijo que la deshidratación era grado 1 (solamente sed); también se contradijo en las anotaciones hechas respecto de la auscultación cardiopulmonar: de una parte se consignó dentro de la historia clínica que el paciente acusaba ruidos cardíacos arrítmicos, y de la otra, que la auscultación cardiopulmonar era “O.K.”.

- Se consignó en la historia clínica que el paciente tenía diarreas con frecuencia, pero no se habló de los tratamientos recibidos, ni de la evolución de estos cuadros, con excepción de la enfermedad actual, respecto de la cual se dijo que había consultado un médico particular y que le había formulado “Metrozin”;

- En relación con el cuadro hemático y el informe coproscópico del paciente, cuyos resultados se refieren dentro de la historia clínica, no se encuentra ninguna otra evidencia en el expediente de que hayan sido practicados, ni de sus resultados, por cuanto no fueron remitidos al proceso por la entidad demandada a pesar de que le fue ordenado por parte del a quo que hiciera llegar la historia clínica con todos los antecedentes y documentos anexos;

De todo lo anterior se puede concluir que hubo omisiones y equivocaciones que indiscutiblemente influyeron en que el diagnóstico fuera incompleto o errado, de suerte que no se trató de un error de juicio del personal médico, sino de un evento claro de no utilización de todos los medios con los que se contaba, en un hospital

⁷ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Sentencia de 10 de febrero de 2000, Radicación 11878, Actor Josué Reinaldo Durán Serrano y otros, C.p. Alier Eduardo Hernández Enríquez

⁸ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Sentencia de 10 de febrero de 2000, Radicación 11878, Actor Josué Reinaldo Durán Serrano y otros, C.p. Alier Eduardo Hernández Enríquez

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

de tercer nivel, para hacer un examen físico completo y una valoración debida del estado de salud del paciente. (subrayado y negrilla fuera de texto)

CONSEJO DE ESTADO

SECCION TERCERA - SUBSECCION A

Consejero ponente: Dr. Mauricio Fajardo Gómez

Sentencia del 27 de abril de 2011

Radicado No. 52001-23-31-000-1998-00157-01 (19192)

“5.- Responsabilidad de la parte demandada.

La Sala encuentra probado el daño antijurídico causado a los demandantes, consistente en la muerte del señor Mario Fernando Osejo Martínez, acaecida el 28 de marzo de 1997 dentro de las instalaciones del I.S.S., de San Juan de Pasto.

La Corporación encuentra igualmente la existencia de la deprecada falla en el servicio, por cuanto se probó en el proceso que la atención médica suministrada al paciente fue inadecuada en el sentido de que se dispuso su salida del centro hospitalario, no obstante que no se había recuperado completamente de las dolencias que lo aquejaban y además no se había determinado, de manera concreta, cuál era la patología que presentaba.

En efecto, el material probatorio evidencia que la víctima ingresó en dos ocasiones al I.S.S., debido a que tenía unas dolencias abdominales; la primera de ellas en la mañana, frente a lo cual recibió la atención médico-asistencial antes señalada y una segunda en horas de la noche, porque las deficiencias iniciales no se combatieron y persistieron, lo cual dio lugar a que la víctima debiese acudir nuevamente al centro asistencial, sin que obren en el historial clínico las razones por las cuales se dispuso la salida del paciente de la entidad hospitalaria, vacío que también se encuentra reflejado en el acta del Comité ad-hoc de la entidad, toda vez que allí tampoco se registró cuál fue la causa que dio lugar a que el señor Osejo Martínez hubiere sido dado de alta del hospital y que, a juicio de la propia entidad “... *no era la más pertinente, pues se debió complementar el estudio con otros exámenes de apoyo diagnóstico, según la evolución y dejar en observación*”.

La Sección Tercera de la Corporación se ha pronunciado insistentemente respecto de la necesidad de elaborar historias clínicas claras, fidedignas y completas, las cuales permitan garantizar el adecuado seguimiento y el acierto en el diagnóstico y en la atención de los pacientes, aspecto que no fue tenido en cuenta en este caso por la entidad demandada, comoquiera que dentro del historial clínico de la víctima no se detalló su salida del centro hospitalario ni mucho menos las razones que llevaron a tal determinación por parte del personal médico, omisión que constituye una inobservancia a lo dispuesto en la Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud, según la cual:

“ARTICULO 1. DEFINICIONES.

a. La Historia Clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.

b. Estado de salud: El estado de salud del paciente se registra en los datos e informes acerca de la condición somática, psíquica, social, cultural, económica y medioambiental que pueden incidir en la salud del usuario.

“.....

“ARTICULO 3. CARACTERISTICAS DE LA HISTORIA CLINICA.

Las características básicas son:

Integralidad: La historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

Secuencialidad: Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario.

Racionalidad científica: Para los efectos de la presente resolución, es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo.

Disponibilidad: Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley.

Oportunidad: Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.”

(....)

Conviene igualmente destacar que frente a la(s) patología(s) que habría presentado la víctima no existió realmente una conclusión médica al respecto; al menos ello es lo que refleja la historia clínica del paciente, dado que si bien es cierto que se le practicaron un ecocardiograma y unos exámenes de laboratorio, también lo es que no aparece establecido cuáles fueron los hallazgos de los mismos, pues lo único que aparece al respecto es que los resultados se obtuvieron y que los mismos habrían sido analizados por un médico, sin que se hubieren detallado los hallazgos por parte del profesional de la medicina encargado de estudiar tales pruebas.

Nótese cómo en la historia clínica se indicó frente a ese aspecto únicamente lo siguiente: “Hora: 11:30 P.M. Se comenta el caso con el Dr. Castro, ordena se realice enzimas cardiacas y se evolucione al paciente con resultados de éstos”; “se reciben reportes de los exámenes de laboratorio y se informa al Dr. Castro, ordenando subir a piso, tomar pruebas de función cardiaca e informarle el resultado. Se informa a jefe de piso P/resultado de Laboratorio (Beatriz E)”; “Hora 12:30. Se reciben órdenes de Laboratorio las cuales se muestran al médico hospitalario, el paciente continúa con mucho dolor abdominal”.

Ocurre, sin embargo, que no se describieron cuáles fueron esos resultados de los exámenes y, por esa misma razón, la Sala concluye que frente a esa persona no existió, de manera cierta, un diagnóstico frente al cuadro clínico que presentaba, aspecto que cobra mayor fortaleza en la misma historia clínica, dentro de la cual se describieron, a título de interrogante, tres (3) patologías distintas, a saber: “1. Gastritis aguda?”; “2. Pancreatitis?” y/o “3. Perforación de úlcera péptica?”, sin que sea cierto, como lo manifestaron los médicos llamados en garantía, que gracias a los exámenes practicados se hubiere logrado descartar la existencia de esos „posibles” cuadros clínicos, pues, se reitera, ello no aparece descrito en modo alguno en la historia clínica.

Por el contrario, lo que esa prueba documental revela es que aunque se practicaron unos exámenes técnicos y de laboratorio, sus resultados –que al parecer se obtuvieron– no se describieron pese a que se habrían puesto en conocimiento del médico de turno, quien no elaboró –o al menos así lo refleja el acervo probatorio– informe alguno acerca de cuáles hallazgos le encontraron al paciente con ocasión de tales evaluaciones y, por ende, cuál(es) era(n) la(s) patología(s) por él presentada(s).

De conformidad con lo expuesto, la Sala estima que la prestación del servicio médico-asistencial suministrado por la entidad demandada al paciente fue indebido –e incluso denegado–, dado que se dispuso su salida del centro asistencial, no obstante que no había recuperado su salud y, lo que es peor, con desconocimiento de cuál era la patología que presentaba, todo lo cual comporta una evidente falla en el servicio, por virtud de la cual el I.S.S., sí está llamado a responder patrimonialmente.

Debe precisar igualmente la Sala que frente a este asunto podría predicarse la pérdida de oportunidad de la víctima en recuperar su salud –situación frente a la cual la Sección Tercera del Consejo de Estado ha declarado la responsabilidad patrimonial de la Nación por casos similares, ello ante la conducta irregular de la entidad que al disponer el retiro del paciente le impidió ser objeto de otros análisis y de estudios más especiales para determinar cuál era su enfermedad y, por ende, cuál debía ser el tratamiento a seguir

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

frente a la misma para tratar de salvarle su vida o al menos concederle el chance de recuperar su salud; sin embargo, en este caso se encuentra acreditada una falla en el servicio atribuible al ente demandado.”

CONSEJO DE ESTADO

SECCIÓN TERCERA SUBSECCIÓN C

Consejero ponente: Dr. Enrique Gil Botero

Sentencia del 25 de abril de 2012

Radicado No. 05-001-23-25-000-1994-2279-01 (21861)

“La historia clínica es definida por el diccionario de la Real Academia de la Lengua como la “Relación de los datos con significación médica referentes a un enfermo, al tratamiento al que se le somete y a la evolución de su enfermedad.”

La doctrina, en materia de derecho médico – sanitario, valora la historia clínica como algo más que una simple recopilación de datos del paciente, de hecho, otorga una importancia tal a ese instrumento, que lo considera no sólo una “biografía patológica de una persona”¹⁰, sino también como un “documento fundamental y elemental del saber médico, en donde se recoge la información confiada por el enfermo al médico para obtener el diagnóstico, el tratamiento y la posible curación de la enfermedad” Es así como este documento, en materia de responsabilidad médica, adquiere gran importancia en cuanto puede constituir un medio de prueba idóneo para determinar si las prestaciones médico asistenciales de que fue objeto el paciente se adecuaron a los procedimientos establecidos por la ciencia en ese campo.

En la legislación colombiana, la historia clínica es definida en el artículo 34 de la ley 23 de 1981 como:

“...el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado sometido a reserva que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos en la ley”

Posteriormente, el literal a) del artículo 1° de la resolución No. 1995 de 1999, proferida por el Ministerio de Salud, al reglamentar lo referente al manejo de las historias clínicas introdujo una definición más precisa, al establecer que era un registro cronológico de las condiciones de salud del paciente, donde además de su estado de salud se deben consignar todos los actos médicos y procedimiento que se le realicen no solo por los galenos, sino también por el equipo de salud que intervine en la prestación del servicio, al respecto la norma señala:

“a) La Historia Clínica es un documento privado obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.”

En este orden, se tiene que la historia clínica no es sólo una descripción del estado de salud de quien consulta o es atendido, sino que también es una secuencia de los procedimientos que se le realicen tanto por el médico tratante como por el equipo de salud (enfermeras y auxiliares) que lo asiste. De allí que, en la historia clínica se reflejen los actos médicos (diagnóstico y tratamiento), la evolución del paciente, la atención paramédica e inclusive los actos extra médicos.

En efecto, en sentencia del 19 de agosto de 2009, proferida por la Sección Tercera, se puntualizó:

“Así las cosas, la obligación médico – hospitalaria tiene origen en diversos actos relacionados con el servicio de atención en salud, según los lineamientos del profesor José Manuel Fernández Hierro, citado por el tratadista Alberto Bueres, en los siguientes términos:

“(...) Savatier hablaba de actos médicos y de actos hospitalarios (que se correspondían, respectivamente, con los que en el párrafo anterior identificamos como médicos y paramédicos). Sin embargo, en los últimos años, Fernández Hierro ha ensayado una clasificación que parece más completa. De tal suerte, se distinguen estos supuestos:

“1. Actos puramente médicos.- que son los de profesión realizados por el facultativo;

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

“2.- Actos paramédicos.- que vienen a ser las acciones preparatorias del acto médico y las posteriores a éste; por lo común, son llevadas a cabo por personal auxiliar para ejecutar órdenes del propio médico y para controlar al paciente (por ejemplo suministrar suero, inyectar calmantes o antibióticos –o proporcionarlos por vía oral–, controlar la tensión arterial, etcétera). También en esta categoría queda emplazada la obligación de seguridad que va referida al suministro de medicamentos en óptimas condiciones y el buen estado de salud en que deben encontrarse los instrumentos y aparatos médicos;

“3. Actos extramédicos.- están constituidos por los servicios de hostelería (alojamiento, manutención, etcétera), y por los que obedecen al cumplimiento del deber de seguridad de preservar la integridad física de los pacientes.”

“De todas formas, es bueno aclarar que la zona límite entre un acto médico y un acto paramédico constituye una quaestio facti, de donde la clasificación mencionada es de cierto modo elástica e indefinida. La palabra para es un prefijo que significa “junto a”, “al lado de” o “a un lado de”, vale decir que lo paramédico concerniría a los servicios que se prestan junto a los médicos o al lado (o a un lado) de ellos. La latitud de la expresión paramédico podría depender en ciertos casos no sólo de los hechos sino también de las interpretaciones.

“Comoquiera que sea, nos parece que la clasificación tripartita de Fernández Hierro, más allá de cualquier dificultad –que, por lo demás, siempre va a presentar toda división de especies– es completa y entonces merece ser aceptada.”

El citado documento tiene una importancia tal, que la resolución mencionada establece que todo prestador de servicios de salud que atiende por primera vez a un paciente debe realizar el proceso de apertura de historia clínica, y además, por disposición expresa, en ella deben constar todos los aspectos científicos técnicos y administrativos relativos a las diferentes fases de atención suministrada al usuario.

Determina la misma resolución que la historia clínica debe ser diligenciada de forma clara, legible, no puede contener tachones, enmendaduras o intercalaciones, tampoco puede presentar espacios en blanco ni utilizar siglas. Además, cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma.

Así mismo, el artículo 3 de la resolución en cita, dispone que la historia clínica tenga las siguientes características básicas:

“Integralidad: La historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.

“Secuencialidad: Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario.

“Racionalidad científica: Para los efectos de la presente resolución, es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo.

“Disponibilidad: Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley.

“Oportunidad: Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.” (Negrillas adicionales).

Es decir, no basta con la sola existencia de un documento donde se consignen los datos personales y médicos del paciente, los mismos deben tener una secuencia temporal y

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

ordenada, soportados en la ciencia médica, encontrarse disponibles y debidamente actualizados para permitir brindar al paciente una atención integral, eficaz y oportuna. Todo lo anterior, en aras de garantizar la protección del derecho fundamental involucrado en la atención médico – sanitaria, esto es, la salud.

En relación con los principios que gobiernan la atención médica, la Corte Constitucional ha precisado:

“-Debe ser integral:

“(...) la atención y el tratamiento a que tienen derecho los pertenecientes al sistema de seguridad social en salud cuyo estado de enfermedad esté afectando su integridad personal o su vida en condiciones dignas, son integrales; es decir, deben contener todo cuidado, suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes para el diagnóstico y el seguimiento, así como todo otro componente que el médico tratante valore como necesario para el pleno restablecimiento de la salud del paciente²¹ o para mitigar las dolencias que le impiden llevar su vida en mejores condiciones; y en tal dimensión, debe ser proporcionado a sus afiliados por las entidades encargadas de prestar el servicio público de la seguridad social en salud”

“En la medida en que las personas tienen derecho a que se les garantice el tratamiento de salud que requieran, integralmente, en especial si se trata de una enfermedad ‘catastrófica’ o si están comprometidas la vida o la integridad personal, las entidades territoriales no pueden dividir y fraccionar los servicios de salud requeridos por las personas.”

“-Debe ser oportuno:

“La jurisprudencia constitucional ha garantizado el derecho a acceder a los servicios de salud, libre de obstáculos burocráticos y administrativos. Así, por ejemplo, cuando por razones de carácter administrativo diferentes a las razonables de una administración diligente, una EPS demora un tratamiento médico al cual la persona tiene derecho, viola el derecho a la salud de ésta.²⁴ Los trámites burocráticos y administrativos que demoran irrazonablemente el acceso a un servicio de salud al que tienen derecho, y respetan el derecho de salud de las personas.”

“Con fundamento en el Decreto 1703 de 2002, cuyo artículo 40 prevé que “los trámites de verificación y autorización de servicios no podrán ser trasladados al usuario y serán de carga exclusiva de la institución prestadora de servicios y de la entidad de aseguramiento correspondiente”, la Corte Constitucional precisó que “se irrespeta el derecho de salud de los pacientes cuando se les niega el acceso a un servicio por no haber realizado un trámite interno que corresponde a la propia entidad, como por ejemplo, ‘la solicitud de la autorización de un servicio de salud no incluido dentro del POS al Comité Técnico Científico’.”

De acuerdo con la resolución referida, la historia clínica se compone de:

- i) La identificación de usuario, la cual se conforma con los datos personales del paciente, esto es, individualización (nombres y apellidos, estado civil, documento de identidad), fecha de nacimiento, edad, sexo, ocupación, dirección del domicilio, lugar de residencia, teléfonos de ubicación, empresa prestadora de salud o aseguradora a la que se encuentre afiliado y tipo de vinculación. Además de la reseña anterior, la norma exige consignar el nombre, el teléfono y el parentesco de la persona responsable del usuario, según sea el caso (menores de edad, personas impedidas, etc.)
- ii) El registro específico el cual es definido con el documento en el que se consignan los datos e informes de un tipo determinado de atención. Es propiamente la descripción de la naturaleza del servicio prestado al paciente.
- iii) Los anexos, esto es, los documentos que sustentan administrativa, técnica, científica y de manera legal los procedimientos y actuaciones realizadas al usuario. Por ejemplo: consentimientos informados, procedimientos, autorizaciones, exámenes paraclínicos, diagnósticos, de laboratorio, etc.

En la normativa colombiana que trata lo referente a la información contenida en las historias clínicas, se encuentra la resolución 2546 de 2 de julio de 1998, proferida por el Ministerio de Salud, que reglamentó los datos mínimos, las responsabilidades y los

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

flujos de información de prestaciones de salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La resolución indicada, define en su artículo 3° el denominado registro individual de atención como “el conjunto de datos relativos a la atención individual de consulta, procedimientos, hospitalización, atención de urgencias y acciones de promoción y prevención.” Y establece una obligación frente a los prestadores del servicio de salud en el sentido de que deben diligenciar los registros individuales de información “como soportes únicos de información de la atención, en forma sistemática y rutinaria de acuerdo con los contenidos mínimos de datos, para el pago de los servicios de salud por parte de las entidades administradoras de planes de beneficios.”

(....)

Como se puede observar la historia clínica es un documento con características especiales que amerita un manejo determinado, no sólo por los que las elaboran y las archivan, sino también por quienes las interpretan. Se convierte pues, en un registro especial y particular que al margen de concentrar toda la información relacionada con la atención del paciente, sus diferentes síntomas, signos, las patologías diagnosticadas y los tratamientos ordenados, entra en conexidad de forma global con el derecho a la salud, y permite la verificación en relación con la atención brindada, así como el contenido y alcance en el cumplimiento de las obligaciones que se refieren tanto al médico como a los pacientes en torno a la relación científica y legal que representa la atención hospitalaria o sanitaria.

Por lo tanto, la historia clínica en un proceso gradual o escalonado, detalla: i) la anamnesis, es decir, la información básica sobre las razones por las cuales se consulta o se acude al servicio médico, ii) los síntomas y signos que reporte el paciente y que aprecie el galeno, iii) la interpretación de ese conjunto de signos y síntomas, en donde se especifique la metodología empleada para la valoración de esas expresiones, iv) la diagnosis o diagnóstico en donde el profesional emite el juicio con fundamento en la *lex artis ad hoc*, para lo cual se vale de la interpretación y de las ayudas diagnósticas que tenga a su alcance (v.gr. exámenes de laboratorio, rayos equis, toma de placas, resonancias, TAC's, entre muchos otros), v) el tratamiento o procedimiento ordenado, en donde se haga constar el pronóstico, el consentimiento informado si es necesario, así como las indicaciones médicas o paramédicas que deben ser adoptadas para complementar y apoyar el acto médico, vi) la verificación de la evolución del paciente, la cual debe ser constante, y vii) las recomendaciones profilácticas, esto es, las indicaciones que se le suministran al paciente en el momento en que se le va a dar de alta.

Como medio de prueba la historia clínica cobra un gran valor en materia de responsabilidad médica sanitaria, pues allí se consigna el desarrollo clínico de los pacientes, por ello se constituye en un medio idóneo para determinar los hechos materia de juzgamiento. Al respecto, la doctrina ha manifestado:

“La historia clínica es el mejor y único elemento para demostrar todo lo buena que ha sido la atención médica. En la acreditación de medios señalada deben quedar demostrada la pericia, la prudencia, los cuidados, la vigilancia, la seguridad, el cumplimiento de los reglamentos y deberes a su cargo. Dejarán de ser escuetas reseñas de evolución de persona enferma. Relacionarán medios con resultados para acreditar que aquéllos, los medios, estaban destinados a obtener un resultado.”

En igual sentido, el tratadista Carlos A. Ghersi. Sobre la importancia la eficacia probatoria de la historia clínica expresó:

“La historia clínica irregularmente confeccionada resulta un medio de prueba de escasa eficacia frente a un cuadro general de graves, precisas y concordantes presunciones en el servicio de salud brindado por la entidad sanatoria demandada.”

Y no sólo la doctrina, sino también la jurisprudencia de esta Corporación ha venido reconociendo desde hace tiempo el valor probatorio de las historias clínicas, sobre el particular la Corporación puntualizó:

“esta historia clínica, medio probatorio por excelencia para estos casos dado que contiene un recuento pormenorizado de todos los tratamientos a que ha sido

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

sometido un paciente, así como de la evolución que va presentado en su cuadro clínico, además de ser elaborada por los mismos médicos tratantes...”

En consecuencia, el incumplimiento a los deberes de conservación y custodia de la historia clínica generan un significativo y flagrante desconocimiento a la ley y a los reglamentos que regulan la materia, lo que se traduce en un indicio de falla en contra de la entidad hospitalaria, sistema de aligeramiento probatorio que ha sido acogido por la Sección Tercera para el campo obstétrico³⁵, pero que puede ser extendido a otros escenarios como se ha sostenido de manera reiterada por esta Subsección

CONSEJO DE ESTADO

SECCION TERCERA - SUBSECCION B

Consejero ponente: Dr. Ramiro Pazos Guerrero

Sentencia del 29 de abril de 2015

Radicación número: 17001-23-31-000-1998-00667-01(25574)

La Ley 23 de 1981 prevé el deber de diligenciar la historia como un registro obligatorio y completo de las condiciones de salud del paciente:

ARTICULO 34. La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado sometido a reserva que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley. ARTICULO 36. En todos los casos la Historia Clínica deberá diligenciarse con claridad.

Es deber ha sido interpretado por la Corporación en los siguientes términos:

Para el cumplimiento de la obligación de elaborar una historia clínica conforme al deber normativo, deben satisfacerse ciertos criterios: a) claridad en la información (relativa al ingreso, evolución, pruebas diagnósticas, intervenciones, curaciones o profilaxis, tratamientos, etc.); b) fidelidad en la información que se refleje y que corresponda con la situación médica del paciente y, con el período en el que se presta la atención médica; c) que sea completa tanto en el iter prestacional, como en la existencia de todo el material que debe reposar en los archivos de la entidad de prestación de la salud; d) debe dejarse consignado dentro de la historia clínica de manera ordenada, cronológica y secuencial toda la información de diagnóstico, tratamientos, intervenciones quirúrgicas, medicamentos y demás datos indispensables que reflejen el estado de salud del paciente; e) debe orientar y permitir la continuidad en la atención y proporcionar al médico la mejor información, posible, para adoptar decisiones sin improvisación para así ofrecer las mejores alternativas médicas, terapéuticas y/o quirúrgicas, siempre con el objetivo de resguardar la eficacia del derecho a la salud consagrado en el artículo 49 de la Carta Política. -Se resalta-.inc

Es evidente que la información consignada por el Hospital San Vicente de Paúl en la historia del paciente no permitió a los tratantes de la entidad receptora del paciente brindar el tratamiento requerido en forma expedita. Esa omisión determinó la causación del daño, porque privó al paciente del tratamiento idóneo de su herida, que en condiciones normales de limpieza practicada en forma ágil podía impedir la infección en las condiciones de gravedad en que se presentó.

No le merece duda a la Sala que haber retirado los residuos vegetales de la herida en forma íntegra tenía la virtud de reducir en forma drástica las posibilidades de infección y, aun aceptando que en condiciones de plena asepsia podía infectarse la herida, la falla en la atención primaria impidió tratarla de manera temprana, con las conocidas nefastas consecuencias para la salud del paciente.

Bajo esas consideraciones, la sentencia apelada se mantendrá en cuanto encontró responsable al Hospital San Vicente de Paúl y absolvió de responsabilidad al Hospital de Caldas.

CONSEJO DE ESTADO

SECCIÓN TERCERA – SUBSECCIÓN B

Consejero Ponente: Dr. Ramiro Pazos Guerrero

Sentencia del 03 de octubre del 2016

Radicado No. 05-001-23-31-000-1999-02059-01 (40057)

Al respecto, la Sección Tercera de esta Corporación se ha pronunciado de manera reiterada en cuanto a la necesidad de elaborar historias clínicas claras, fidedignas y

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

completas¹⁵, factores que garantizan no solo el adecuado seguimiento y el acierto en el diagnóstico, sino también, la verificación de la prestación del servicio de salud¹⁶. Al respecto, según lo dispuesto por el artículo 34 de la Ley 23 de 1981, por la cual se dictan normas en materia de ética médica, “la historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente”. A su turno, el artículo 36 reza que “en todos los casos la Historia clínica deberá diligenciarse con claridad”. A título meramente ilustrativo, la Resolución 1995 del Ministerio de Salud “por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica”, del 8 de julio de 1999, precisa:

Artículo 1.- Definiciones: a. La Historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley. b. Estado de salud: El estado de salud del paciente se registra en los datos e informes acerca de la condición somática, psíquica, social, cultural, económica y medioambiental que pueden incidir en la salud del usuario (...).

Artículo 3.- Características de la historia clínica. Las características básicas son: Integralidad: La historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria. Secuencialidad: Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario. Racionalidad científica: Para los efectos de la presente resolución, es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo. Disponibilidad: Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley. Oportunidad: Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio (...).

Artículo 4.- Obligatoriedad del registro. Los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen directamente en la atención a un usuario, tienen la obligación de registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas, conforme a las características señaladas en la presente resolución (...)

Artículo 13.- Custodia de la historia clínica. La custodia de la historia clínica estará a cargo del prestador de servicios de salud que la generó en el curso de la atención, cumpliendo los procedimientos de archivo señalados en la presente resolución, sin perjuicio de los señalados en otras normas legales vigentes. El prestador podrá entregar copia de la historia clínica al usuario o a su representante legal cuando este lo solicite, para los efectos previstos en las disposiciones legales vigentes.

Artículo 16.- Seguridad del archivo de historias clínicas. El prestador de servicios de salud, debe archivar la historia clínica en un área restringida, con acceso limitado al personal de salud autorizado, conservando las historias clínicas en condiciones que garanticen la integridad física y técnica, sin adulteración o alteración de la información.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud y en general los prestadores encargados de la custodia de la historia clínica, deben velar por la conservación de la misma y responder por su adecuado cuidado (...)

Artículo 21. - Sanciones. Los Prestadores de Servicios de Salud que incumplan lo establecido en la presente resolución, incurrirán en las sanciones aplicables de conformidad con las disposiciones legales vigentes.

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

En esas condiciones, es indiferente para la Sala si esta se perdió o nunca se diligenció, pues lo cierto es que crearla y custodiarla eran obligaciones de la demandada, por lo que la ausencia de la historia, con independencia de su causa, permite inferir un indicio grave de responsabilidad, en la medida en que impide establecer con certeza lo ocurrido durante la primera atención.

En el presente caso, el paciente Carlos Andrés Noreña Orozco acudió al servicio de urgencias del Hospital Santamaría de Itagüí con una punción en el ojo derecho ocasionada con la aguja de una jeringa, y el médico que lo atendió procedió de manera incorrecta, pues envió al paciente a su casa, cuando el protocolo médico, para una lesión de ese tipo, era remitirlo de inmediato a un especialista en oftalmología. Así, para la Sala, es claro que la entidad prestadora del servicio de salud omitió la adopción de medidas necesarias para diagnosticar una enfermedad que requería una actuación urgente, como era la valoración especializada, debido a la alta vulnerabilidad de contaminación que caracteriza al órgano afectado. En el dictamen pericial se anotó lo siguiente:

[U]n objeto contaminado, como lo es una aguja de jeringa que perfora esclera y penetra a cámara anterior y cámara vítrea, dada la constitución de la cámara vítrea que es una sustancia gelatinosa de alto contenido de proteínas, es un rico caldo de cultivo para las bacterias./ Como el globo ocular está rodeado por una túnica blanca, la esclera, y en condiciones normales es aséptico es decir sin bacterias, tolera muy mal cualquier contaminación y dependiendo de la virulencia de germen y de la aplicación efectiva de antibióticos, puede llegar a infectarse./ Si el germen es muy virulento, o los antibióticos usados no son efectivos, la infección comprometerá todas las estructuras internas del ojo (...) (dictamen pericial rendido en el proceso, f. 276, c.1).

CONSEJO DE ESTADO

SECCIÓN TERCERA - SUBSECCIÓN C

Consejero ponente: Dr. Jaime Enrique Rodríguez Navas

Sentencia del 22 de junio de 2017

Radicación No. 47001-23-31-000-2001-00394-01(36257)

Llama la atención de la Sala, que aun cuando la paciente fue remitida desde el día 30 de octubre al Hospital Central, y este efectivamente la recibió -como puede desprenderse de la orden de monitoreo fetal fechada el 30 de octubre de 2000-, no exista registro del día 31 de octubre, sino del 1 de noviembre de 2000. Esta situación permite inferir que la historia clínica no fue diligenciada en debida forma, o que la entidad demandada ocultó la información concerniente a este día.

En este punto de la discusión, recuerda la Sala que la historia clínica constituye la pieza probatoria fundamental en el presente asunto, y en términos generales, dado que en ella debe consignarse toda la información relevante del paciente; es también el medio más idóneo con el que cuentan el personal médico y sus instituciones para demostrar que la actividad médica fue adecuada, diligente y oportuna, cumpliendo con los criterios de diligencia, pericia y prudencia establecidos por la *lex artis* para determinada patología.

La ley 23 de 1981 define a la historia clínica en su artículo 34 como:

“(...) el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado, sometido a reserva, que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente y en los casos previstos por la ley.”

Tan importante es considerada la historia clínica, que en 1999 el Ministerio de Salud expidió la Resolución 1995 de 1999 en la que se regula todo lo relacionado con ésta, se establecen las características que la misma debe reunir y la forma de diligenciarla, en los siguientes términos:

“ARTÍCULO 3.- CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA.

Las características básicas son:

Integralidad: La historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.

Secuencialidad: Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario.

Racionalidad científica: Para los efectos de la presente resolución, es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo.

Disponibilidad: Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley.

Oportunidad: Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.

ARTÍCULO 4.- OBLIGATORIEDAD DEL REGISTRO.

Los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen directamente en la atención a un usuario, tienen la obligación de registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas, conforme a las características señaladas en la presente resolución.

ARTÍCULO 5.- GENERALIDADES.

La Historia Clínica debe diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma.”

Asimismo, esta Corporación ha sido insistente en la necesidad de que las entidades diligencien de manera adecuada y completa las historias clínicas, y de esta manera, poder analizar si la conducta desplegada por los galenos, el diagnóstico y la atención de los pacientes fueron adecuadas.⁹

Como se aprecia en la historia clínica objeto de estudio, esta no cumple con los requisitos antes planteados, pues se omitieron las anotaciones correspondientes a la atención brindada el 31 de octubre de 2000, o fueron sustraídas de la misma, lo que a juicio de la Sala, permite colegir que esta no fue diligenciada en debida forma, tornándose ello en un incumplimiento por parte de la entidad demandada, y en un indicio grave en su contra.

CONSEJO DE ESTADO

SECCIÓN TERCERA - SUBSECCIÓN B

Consejera ponente: Dra. Stella Conto Díaz del Castillo

Sentencia del 03 de agosto de 2017

Radicación No. 19001-23-31-000-2004-00699-01(40683)

Sobre la historia clínica debe recordarse que se trata de “un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención”, debe “reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria” .

⁹ Consejo de Estado; Sección Tercera; Sentencias del 27 de abril de 2011; Exp. 19192; C.P. Mauricio Fajardo Gómez, del 26 de mayo de 2011; Exp. 20097; C.P. Hernán Andrade Rincón y del 1 de junio de 2015; Exp. 29572; C.P. Olga Mélida Valle de De la Hoz.

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

En lo que tiene que ver con la obligación y necesidad de su apertura y diligenciamiento, se ha pronunciado esta Corporación en distintas oportunidades, para dejar sentado que las anotaciones deberán ser claras, fidedignas y completas, de manera que se garantice, no solo el adecuado seguimiento y el acierto en el diagnóstico, sino verificación de la prestación del servicio de salud. Esta obligación, contenida en el artículo 34 de la Ley 23 de 1981, cobra especial importancia, dado que “constituye uno de los más importantes elementos de convicción del juez en lo relativo a los cuidados médicos o de la correcta asistencia (sic) facultativa al paciente”, así, las omisiones en el cumplimiento de la obligación de apertura y diligenciamiento de la historia clínica son indicativas de la indebida atención y en sí mismas constituyen incumplimiento de los deberes asistenciales y dan lugar a reparación.

Sea del caso resaltar que como el diligenciamiento de la historia clínica no está a cargo del paciente o de sus acompañantes, ni supeditado a la demostración de la afiliación de este al sistema de salud o al pago de la consulta médica, no resulta admisible excusar al médico, tampoco al centro asistencial, de la omisión en su apertura como lo pretende aducir la defensa. Nótese que, además, se responsabiliza a una menor víctima de violencia de género, agobiada, en tanto debía producirse la apertura del documento, de un dolor abdominal agudo. Circunstancias que debieron encaminar la actuación del hospital al ingreso para la práctica de los exámenes pertinentes y remisión a trabajo social para lograr el acompañamiento del que la paciente carecía.

CONSEJO DE ESTADO

SECCIÓN TERCERA - SUBSECCIÓN B

Consejera ponente: Dra. Stella Conto Díaz del Castillo

Sentencia del 09 de agosto de 2018

Radicación No. 85001-23-31-000-2010-00024-01(43841)

“11.3.1.6. A propósito de las notas de las valoraciones médicas realizadas por el servicio de cirugía general durante la noche del 15 de diciembre y la madrugada del 16, la Sala señala enfáticamente que su ausencia en la historia clínica del paciente no sólo es irregular sino que constituye un indicio claro de responsabilidad en contra del hospital demandado. Lo anterior por cuanto, en los términos de los artículos 3¹⁰ y 4¹¹ de la Resolución 1995 de 1995, la cual desarrolla lo consagrado en el artículo 34 de la Ley 23 de 1981¹², dicho hospital tenía el deber de conservar y comunicar el registro integral de la atención médica brindada al señor Geremías Romero Arévalo y, el no hacerlo, indica, en los términos de la jurisprudencia de la Corporación¹³, la intención de ocultar un hecho que podría resultar adverso a sus intereses, inferencia que, en el caso bajo análisis, tiene la mayor relevancia en tanto se advierte que los registros faltantes son, justamente, aquéllos en los cuales constaría el momento en que se decidió la realización de una intervención quirúrgica que, a lo largo del proceso, los demandantes han

¹⁰ “**CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA.** Las características básicas son: *Integralidad:* La historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria. *Secuencialidad:* Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario. *Racionalidad científica:* Para los efectos de la presente resolución, es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo. *Disponibilidad:* Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley. // *Oportunidad:* Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio”.

¹¹ “Los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen directamente en la atención a un usuario, tienen la obligación de registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas, conforme a las características señaladas en la presente resolución”.

¹² “La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado sometido a reserva que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley”.

¹³ En ese sentido se ha dicho: “...de la renuencia a suministrar la historia clínica, o hacerlo de manera incompleta, o no documentar datos relevantes de la prestación médica, puede inferirse el interés de la parte de ocultar un hecho que le resulta adverso a sus intereses; como puede serlo también en contra de la parte demandante, el negarse a la práctica de un examen médico con el fin de establecer la veracidad de las secuelas que hubiera podido derivarse de una intervención, o el ocultar información sobre sus antecedentes congénitos, que por ejemplo, pudieran tener incidencia sobre la causa”, Sección Tercera, sentencia del 31 de agosto de 2006, exp. 15772, CP. Ruth Stella Correa Palacio.

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

señalado como tardía.”

CONSEJO DE ESTADO

SECCIÓN TERCERA - SUBSECCIÓN A

Consejera ponente: Dra. María Adriana Marín

Sentencia del 27 de septiembre de 2018

Radicación No. 27001-23-31-000-2007-00061-01(40036)

“En el informe realizado por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses respecto de la atención brindada en dicha institución hospitalaria al paciente Jonatan Campaña Rivas, se dejó constancia que para efectuar dicho dictamen se había aportado, únicamente, la historia clínica de atención del referido menor correspondiente al mes de enero de 2005, pero no sobre la atención de mayo de ese mismo año, motivo por el cual resultaba imposible emitir un concepto sobre la eventual responsabilidad médico hospitalaria en el presente asunto. Sobre el particular, dicha institución se manifestó en los siguientes términos:

No es posible desarrollar el presente aspecto en razón a que la historia clínica correspondiente al 15 de mayo de 2005, período en el que se intuye fallece el paciente, no se encuentra completa, por lo tanto se desconocen los diagnósticos, evolución, manejo y demás aspectos relacionados con la asistencia médica.

Planteamiento de interrogantes: No es posible establecer los interrogantes, en razón a que no se conoce la información relacionada con el cuadro clínico por el cual se presume el paciente falleció.

Una vez leída y resumida la historia clínica como previamente se consigna, se concluye:

No es posible tramitar ante la especialización solicitada en el cuestionario consignado en el oficio petitorio en razón a que la historia clínica remitida para estudio no contiene información completa correspondiente al último período de asistencia hospitalaria brindado al paciente, es decir, aquella correspondiente a la fecha 14 de mayo de 2005.

No se cuenta entonces con los elementos requeridos para diligenciar el instructivo para la resolución de casos por presunta responsabilidad en la prestación de servicios de salud, establecido por el Instituto Nacional de Medicina Legal (fls. 657 a 660 c. 4).

Lo anterior fue corroborado por testimonio del señor Marco Antonio Martínez Cortes, quien se desempeñaba como auditor de servicios médicos en el Hospital Departamental San Francisco de Asís, el cual manifestó que acompañó al paciente Jonatan Campaña Rivas a la institución de cuarto nivel de atención médica en la ciudad de Cali. Al ser preguntado sobre la causa del deceso del menor Jonatan Campaña Rivas, manifestó que no podía responder porque la historia clínica del Hospital Departamental San Francisco de Asís no estaba completa, por cuanto no contenía la evolución médica y las órdenes médicas del paciente durante su estadía (fls. 549 a 551 c. 3).

En estas condiciones, el Hospital Departamental San Francisco de Asís no registró adecuadamente las condiciones de salud del paciente, esto es, no cumplió con las exigencias preceptuadas por la Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud concerniente a la racionalidad científica, legibilidad, integralidad y secuencialidad de la historia clínica, toda vez que, como se consignó en el dictamen del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses y lo confirmó el médico auditor Marco Antonio Martínez Cortes, en el presente caso se desconocen los diagnósticos, evolución, manejo y demás aspectos relacionados con la asistencia médica del paciente Jonatan Campaña Rivas.

No se elaboró la historia clínica en forma integral y completa, con lo que se impidió a la paciente y a sus familiares conocer su estado de salud al momento de entrar y salir de la institución, amén de la ilegibilidad de las pocas anotaciones que constan en la misma. Este documento no solo es el pilar basilar que da fe pública de la calidad ofrecida en la atención médica hospitalaria, sino también porque es uno de los principales medios probatorios, que aunado a las demás pruebas, a las reglas de la experiencia y a la sana crítica, le permiten al juez formar el grado de convicción necesario para fallar¹⁴.

¹⁴ Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección B, sentencia de 5 de abril del 2017. Exp. No. 25706, M.P. Ramiro Pazos Guerrero.

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

Esto tiene amplio respaldo normativo en el artículo 34 de la Ley 23 de 1981 y el artículo 3º y 5º de la resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud, según los cuales la historia es un registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente; sin embargo, en el presente caso, dicho documento carece de los requisitos de integralidad, disponibilidad y oportunidad, lo cual se considera como un indicio en su contra del hospital demandado¹⁵.”

De la anterior línea jurisprudencial se puede extractar que de las 9 sentencias extractadas de la Sección Tercera en sus Subsecciones A, B y C, todas son coincidentes en manifestar que la historia clínica es el documento prueba idóneo para demostrar que la atención médica se desarrolló conforme la *lex artis*, también esta demuestra si cumplió o no con todos y cada uno de los procedimientos médicos. De igual manera se debe insistir que la jurisprudencia es clara en reiterar que el deber del diligenciamiento de la historia clínica es un imperativo legal, el cual implica una buena atención médica, ya que su erróneo diligenciamiento, las omisiones y cualquier falla inexcusable en el diligenciamiento de la misma, constituye un indicio grave de mala práctica médica; por lo que así, no es un capricho del suscrito apoderado el hecho de ser tan reiterativo en esta materia, pues es claro que legal y jurisprudencialmente, la elaboración de la historia clínica es un deber médico, del cual depende un acertado o errado diagnóstico, hechos que como se ha dicho, no tuvo en cuenta o no apreció el juez de instancia, por lo que así las cosas no se acompasa con los derechos mínimos aquí debatidos, y atentan contra los mismos, el argumento del fallador de primera instancia al restar valor legal y jurisprudencial al deber de diligenciar en debida forma la historia clínica, que como se demostró en el presente caso, no fue valorado ello, circunstancia de haberlo sido, evidenciaba la clara falla en el juicio diagnóstico dado a la hoy causante.

Conclusión probatoria de responsabilidad con relación al errado proceso de juicio diagnóstico presentado inclusive en una historia clínica errada y contradictoria, con la cual queda demostrado un proceso diagnóstico incompleto frente a la patología presentada por la causante Mercedes Toro de Gómez

De lo expuesto, se encuentra demostrado y diferente a lo que concluyó el A-quo, quien de manera ilógica invirtió la carga probatoria o más bien la **desconoció, al dar por cierto una afirmación del galeno que atendió al a paciente, afirmación que de simple lógica no iba a aceptar culpabilidad, frente a circunstancias plenamente demostradas en el proceso, por los testigos, la perito Dra. Escobar Falcón, e inclusive por la misma disposición legal y de los reiterados postulados jurisprudenciales al respecto, que establecen que la historia clínica es el documento central que soporta la atención real que se le dispensa a un paciente, pues no existe otro diferente a este, y los errores que se incurran en la misma, constituyen pruebas en contra que evidencia una mala práctica médica, que en este caso y ante un erróneo diligenciamiento de la historia clínica, y pese a darse un diagnóstico de vértigo paroxístico benigno, el cual lógicamente afectaba el sistema neurológico, se comprobó que se anotó en la**

¹⁵ Al respecto, la corporación ha dicho: "no es necesario modificar las reglas probatorias señaladas en la ley para hacer efectivas las consecuencias que se derivan de la violación del deber de lealtad de las partes, dado que el artículo 249 del Código de Procedimiento Civil, establece que el juez podrá deducir indicios de su conducta procesal. Así, por ejemplo, de la renuencia a suministrar la historia clínica, o hacerlo de manera incompleta, o no documentar datos relevantes de la prestación médica, puede inferirse el interés de la parte de ocultar un hecho que le resulta adverso a sus intereses; como puede serlo también en contra de la parte demandante, el negarse a la práctica de un examen médico con el fin de establecer la veracidad de las secuelas que hubiera podido derivarse de una intervención, o el ocultar información sobre sus antecedentes congénitos, que por ejemplo, pudieran tener incidencia sobre la causa del daño aparentemente derivado de la intervención médica (...) La desigualdad que se presume del paciente o sus familiares para aportar la prueba de la falla, por la falta de conocimientos técnicos, o por las dificultades de acceso a la prueba, o su carencia de recursos para la práctica de un dictamen técnico, encuentran su solución en materia de responsabilidad estatal, gracias a una mejor valoración del juez de los medios probatorios que obran en el proceso, en particular de la prueba indiciaria, que en esta materia es sumamente relevante, con la historia clínica y los indicios que pueden construirse de la renuencia de la entidad a aportarla o de sus deficiencias y con los dictámenes que rindan las entidades oficiales que no representan costos para las partes". Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 31 de agosto del 2006, rad. 15772, M.P. Ruth Stella Correa Palacio.

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

historia clínica que el sistema neurológico estaba normal, por lo que existe una seria contradicción en la elaboración de la historia clínica, lo cual hace evidente una mala práctica médica, la cual es inexcusable de un profesional de la medicina, máxime del área de urgencias, y con la experiencia que manifestó en testimonio dicho galeno, ello que sería menos gravoso, pero que como indicio, concuerda con las conclusiones probatorias del dictamen pericial de la Perito Dra. Ana Maria Escobar Falcon del que ya se referenció atrás, donde claramente expone las fallas en el juicio diagnóstico que realice el galeno de la entidad enjuiciada, lo cual hecho de menos en valorar de forma conjunta y armonica el Juez de Primera Instancia.

Y lo anterior, aunado a los otros medios probatorios que aquí se han hecho referencia y que se seguirán enunciando, reflejan que el proceso de juicio diagnóstico fue incompleto, erróneo y la historia clínica como prueba reina del proceso de atención y diagnóstico de la patología por la cual asistió la paciente, no refleja un actuar diligente, prudente y acorde a la ciencia médica o a los protocolos médicos existentes.

Adicional a ello, se tiene que en el presente caso, y pese a que el Despacho fallador omite valorar estas circunstancias, a la señora Mercedes Toro de Gómez fue atendida, medicada y dada de alta, con base en una impresión diagnóstica, que a voces de la perito Dra. Ana María Escobar Falcón, tal diagnóstico se puede definir como:

Doctora conforme la respuesta en el literal c), Nos podría aclarar que es una impresión diagnóstica.

R/: Si, la impresión diagnóstica es cuando no tenemos confirmado por ningún método, ya sea clínico, por alguna maniobra, ya sea por ningún laboratorio o por cualquier tipo de paraclínico como una imagen, el diagnóstico de la paciente.

Ahora bien, el Consejo de Estado se ha pronunciado en múltiples oportunidades, con relación a la responsabilidad estatal por error en el diagnóstico médico, y ha dicho la Sección Tercera en providencia del 24 de abril de 2008, con radicación No. 05001-23-31-000-1992-01127-01 (15790), lo siguiente:

“El Instituto de Seguros Sociales nunca determinó a ciencia cierta, cuál fue la enfermedad padecida y qué la desencadenó; y si la descubrió, siempre quiso demostrar que no tuvo conocimiento cierto de tal situación. La ineficacia en ese aspecto no puede esconderse bajo el argumento de la difícil diagnosis, pues si no se sabe realmente qué originó la invalidez del paciente, tampoco puede determinarse qué tan difícil resultaba concretar ese aspecto.

Por ello resulta extraño a la realidad la conclusión a la que llegó el perito médico laboral, en cuanto “(...) el paciente recibió atención médica oportuna por los facultativos de turno”.

La Sala se pregunta:

Cuál “cuadro clínico” si según concepto del mismo médico laboral NUNCA se le dio un diagnóstico DEFINITIVO al paciente, sino solamente impresiones diagnósticas, impresiones con las que el personal médico de turno actuaba, como tratando de adivinar la medicina y el tratamiento.

Igualmente resulta necesario cuestionarse: ¿En últimas, qué sufrió y qué sufre el señor OSPINA BETANCUR?:

- Guillain Barré?
- Epilepsia?
- A.C.V. (Accidente cerebro vascular)?
- Espasmo vascular?
- Lesión estructural temporooccipital?
- Polineuropatía desmielinizante?
- Poliradiculopatía desmielinizante periférica?
- Radiculopatía múltiple?

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

- Lesión medular idiopática a nivel dorsal, como lo conceptuó el médico que rindió concepto médico-laboral?
- O algunos de ellos en forma concurrente?
- O todos ellos?

Si se falló en el DIAGNÓSTICO, el cual nunca le fue informado en forma contundente al paciente por el Instituto de Seguros Sociales, ¿cómo puede afirmarse que *"la atención médica que se le dio... estuvo adecuada"*?

El dictamen pericial rendido por los médicos neurólogos es contundente en cuanto, frente a los síntomas del paciente, era absolutamente necesario tener claro el diagnóstico "antes de someter al paciente a una cirugía y a una anestesia con drogas que estimulan el metabolismo". En otras palabras, frente a ese muy probable diagnóstico (no descubierto), la intervención agravó la situación del paciente Ospina Betancur.

Nótese que en la historia clínica se aprecia que el 21 de mayo, 4:00 a.m. se presentó al I.S.S. con *"cólico en la boca del estómago todo el lado derecho"*, sin vómito ni fiebre. Además aparece la siguiente anotación:

"AP: (1) **El mismo cólico en tres ocasiones anteriores** = con Ho con antepsia
(2) **'ataques'**
(3) **'picadas en el corazón'**
(...)

EF: paciente muy quejumbroso, llega pálido luego se pone cianótico, intranquilo (...), abdomen blando, con defensa voluntaria en epigastrio e hipocondrio derecho, no palpo masas ni megalias.

(...)

Nota: aquí en el consultorio presenta episodios de orina por goteo. (...)

8:15 am.: **Hace dos meses dolor** en (...)

- (1) Pancreatitis aguda
- (2) Colecistopatía" (folios 1 a 4 cuaderno 1)

"El 22 de mayo, en registro de anestesia (**preoperatorio**) se expresó: "AP: **'picada corazón', 'asfixia'** (...)".

La información a la mano de los médicos era suficiente, si bien no para tener un diagnóstico definitivo a nivel neurológico, sí para ahondar un poco más en dicho asunto antes de tomar precipitadamente una conclusión de *"Pancreatitis aguda o Colecistopatía"*, la cual no tiene ninguna compatibilidad con lo informado sobre "ataques", que en el lenguaje común denota "convulsiones". (subrayado y negrilla fuera de texto)

Bajo estos postulados, era dable establecer o concluir del procedimiento diagnóstico aplicado, que:

- Pese las condiciones clínicas de la paciente y de sus delicados antecedentes (Hipertensión y Diabetes), la paciente nunca contó con un diagnóstico definitivo, pues se le dio de alta con una impresión diagnóstica, que conforme fue expuesto por los galenos que testificaron en el presente proceso, incluso por el mismo médico Henry Hurtado, donde quedó claro que solo existió un diagnóstico presuntivo o impresión diagnóstica, así como por la perito Dra. Ana María Escobar Falcón en audiencia del 03 de octubre de la presente anualidad, **la impresión diagnóstica no constituye un diagnóstico certero y último, pues es una presunción de una posible patología, que en últimas es necesario descartar o confirmar con otro tipo de valoraciones y exámenes paraclínicos, los cuales como se probó dentro del proceso nunca existieron.**
- **No se agotaron todas las ayudas diagnósticas para descartar otras posibles patologías de la paciente, y como se pudo ver del dictamen pericial rendido**

por la médica intensivista Escobar Falcón (Audiencia del 03 de octubre del presente año), así como de su aclaración, si existían otros exámenes que podían haber logrado tener un diagnóstico certero, tal cual se manifestó así: *“Si no se le hubiera dado salida a la paciente sino que se hubiera evaluado completamente, el examen físico completo lo que hablábamos, mirar el nistagmus, las características del nistagmus, hacer la maniobra de neshalping (sic), mirar la ataxia de la paciente, como estaba la marcha de la paciente, hacer un examen del fondo de ojo, todo esto nos hubiera permitido llegar a un mejor diagnóstico de la paciente, y la vigilancia dentro del periodo de observación, y mirar si había respuesta al dimenhidrinato, mirar cuanto duraba el periodo del vértigo, si tenía periodos de mejoría o no, esto hubiera permitido hacer un mejor diagnóstico.”*

De esta forma, se puede evidenciar claramente que el diagnóstico dado por la ESE Salud Pereira, por intermedio de sus galenos fue errado o incompleto, situaciones que no permitieron la posibilidad de una real mejoría a la paciente y hoy causante Mercedes Toro de Gómez, hecho que desconoció el Juez evidenciar o valorar de la comunidad de pruebas que así lo evidenciaban y de las imputaciones así establecidas.

DEL ERROR INEXCUSABLE EN EL PROCESO FINAL DEL JUICIO DIAGNOSTICO, EN LA REVALORACION DE LA PACIENTE Y DADA DE ALTA POR EL PERSONAL AUXILIAR Y NO PROFESIONAL (MEDICO) - (QUE TAMPOCO SE ANALIZO NI SE TUVO EN CUENTA SU PESO PROBATORIO EN LA RESPONSABILIDAD QUE EXISTE)

Aunque el Despacho judicial de primera instancia no realizó el estudio pertinente, pues en nada se pronunció acerca de esta deficiencia en el proceso de atención médica, si se tiene probado que a la paciente Mercedes Toro de Gómez no se le efectuó una revaloración por parte del médico, para verificar si el tratamiento dispensado tuvo buen efecto, o si era necesario efectuar otro tipo de tratamiento o exámenes para descartar otras posibles patologías y buscar la mejoría de la paciente, y tal situación se encuentra plenamente acreditada por el testimonio del mismo galeno Dr. Henry Hurtado para el 04 de octubre de 2017, quien manifestó: “Doctora como le acabo de indicar desde que la paciente mejore es porque fue el tratamiento indicado para su motivo de consulta, entonces no hay necesidad de revalorar nuevamente”, de igual manera, la perito Dra. Escobar Falcón, en la audiencia de aclaración y adición del 03 de octubre, al responder al interrogante de si conforme la historia clínica a la paciente se le realizó un examen físico de revaloración completo; esta manifestó: **“No, a la paciente se le hace un examen físico inicial y con base en ese examen físico inicial se toma la conducta médica, pero no hay un periodo de observación, y por lo tanto no hay un periodo de un nuevo examen físico o revaloración.”**

De igual manera, en lo que respecta a la revaloración, así como la verificación de la efectividad del tratamiento, se tiene que ni el galeno verificó personalmente la efectividad del tratamiento, cuando es algo de su competencia y no del personal auxiliar, así

como tampoco revaloró a la paciente, veamos las respuestas que dio al interrogatorio:

Preguntas del Despacho.

“Indico usted atrás que la paciente presento una mejoría, indique al despacho con fundamento en que, o de qué forma se documentó esa mejoría de la paciente.

R/: Cuando nosotros con base en la anamnesis o examen físico realizado ordenamos un tratamiento farmacológico basado en la sintomatología por la cual consulto el paciente.

Continúa manifestando: Se pasan las ordenes a la auxiliar de enfermería del servicio de urgencias, y se le dan las instrucciones de que cuando se termine de pasar el medicamento se le informe al médico, porque uno debe seguir atendiendo en consulta, de cómo fue la evolución respecto del paciente, la enfermera se dirigió al consultorio y dijo que ya se sentía bien la paciente, que ya había mejorado, y por tal razón autorice su salida con la formula consignada en la historia.

Lo que le decía por ejemplo cuando es el caso de un cólico de tipo renal o cualquier tipo de cólico, el paciente se dirige allá a la estación con las ordenes médicas, la auxiliar realiza el tratamiento ordenado por uno y es la misma auxiliar que va y le dice, porque uno no puede quedar pendiente del paciente a ver si le pasan estos líquidos o medicamento, entonces tú le das las instrucciones a la auxiliar y así no se las des, la auxiliar va y le dice que el paciente que usted dejo en observación para colocar estos medicamentos ya se siente mejor o no se siente mejor, cuando te dice que no se sienta mejor tu pasas a revalorarlo y decir a ver cómo sigue, vuelve a hacer un interrogatorio, como esta del dolor, como es la evolución subjetiva del paciente, si no ha mejorado usted ya tomara otro tipo de medidas terapéuticas, y si ya ha mejorado le da salida con ciertas ordenes que de pronto las requiera.

Previo a otorgar la salida, revaloró a la paciente?

R/: Doctora como le acabo de indicar desde que la paciente mejore es porque fue el tratamiento indicado para su motivo de consulta, entonces no hay necesidad de revalorar nuevamente.”

Preguntas de la parte demandante.

“En respuesta anteriores manifiesta usted que fue la enfermera quien verificó el estado de mejoría que usted hace alusión, cual es profesional idóneo, el personal auxiliar o médico para establecer el estado de mejoría o no mejoría de un paciente.

R/: Nosotros como médicos y todos sabemos, hay algo en el ejercicio de la medicina que se llama la parte paramédica, significa como usted muy bien lo sabe señor abogado, significa al lado del médico, afortunadamente contamos con personal idóneo que puede decidir, y aunque no fuese idóneo el personal paramédico puede decir si un paciente atendido por ellos presenta mejoría o no. Por ejemplo, si tu llegas a un servicio de urgencias, vuelvo a colocar el caso más extremo por ser el motivo de consulta más frecuente en los pacientes, por un dolor, el medico te prescribe algo y da las indicaciones como lo mencione con anterioridad, nosotros no podemos ir, si la auxiliar nos dice que el paciente mejoró nosotros debemos creerle porque son aliados de nosotros, están trabajando al lado de nosotros, es inaudito pensar que si el paciente no se sienta bien, es el mismo paciente que dice no me voy porque eso ha sucedido, que sea idóneo la auxiliar de enfermería a la cual usted se refiere, si es idónea para poder decir si el paciente mejoro, así como es idónea la misma persona, la misma paciente quien fue la que coloco que se sentía bien, y se da de alta con buen efecto.

Quien prescribe el tratamiento para un paciente, el personal auxiliar o profesional.

R/: El personal profesional, en este caso un médico.

Conforme ello, es el personal profesional es el idóneo o no lo es, quien debe decidir si el tratamiento es o no eficiente.

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

R/: Nosotros en un servicio de urgencias sobre todo en el servicio donde yo laboraba, es muy congestionado, entonces nosotros no podemos salir a cada momentico, porque los pacientes nos están esperando en todo momento, por eso nosotros delegamos funciones en las auxiliares de enfermería que son idóneas respecto a la evolución de la paciente, no respecto de lo que haya que hacer con el paciente, si algo en las auxiliares es dudoso o notan algo raro en el paciente, inmediatamente nos informan a nosotros, pero ellas son idóneas, por eso precisamente son auxiliares porque los médicos no trabajan unipersonalmente somos todos un equipo, empezando desde quien los ingresa al servicios en el triage, el portero, el facturador, y si estamos trabajando en equipo se pueden delegar funciones si están debidamente indicadas para que ellos las realicen.”

Por otro lado, es de vital importancia hacer un análisis puntual de las respuestas entregadas por la perito Dra. Ana María Escobar Falcón dentro de su dictamen pericial obrante a folios 155 a 160 del cuaderno 2, y posteriormente aclarado y complementado en la audiencia de pruebas, donde hace referencia a los procedimientos de revaloración de la paciente, posterior al tratamiento médico dispensado, donde la perito manifiesta a las preguntas, así:

A que se refiere usted en la respuesta al literal k) con “el tiempo de observación con un examen físico completo al revalorar a la paciente, incluyendo un fondo de ojo, por ejemplo, hubieran posiblemente determinado la necesidad de otros estudios”.

R/: Si no se le hubiera dado salida a la paciente sino que se hubiera evaluado completamente, el examen físico completo lo que hablábamos, mirar el nistagmus, las características del nistagmus, hacer la maniobra de neshalping (sic), mirar la ataxia de la paciente, como estaba la marcha de la paciente, hacer un examen del fondo de ojo, todo esto nos hubiera permitido llegar a un mejor diagnóstico de la paciente, y la vigilancia dentro del periodo de observación, y mirar si había respuesta al dimenhidrinato, mirar cuanto duraba el periodo del vértigo, si tenía periodos de mejoría o no, esto hubiera permitido hacer un mejor diagnóstico.

Conforme la historia clínica a la paciente se le realizó un examen físico de revaloración completo.

R/: No, a la paciente se le hace un examen físico inicial y con base en ese examen físico inicial se toma la conducta médica, pero no hay un periodo de observación, y por lo tanto no hay un periodo de un nuevo examen físico o revaloración.

Conclusión probatoria de responsabilidad con relación a la revaloración de la paciente para verificar la efectividad del tratamiento y juicio diagnostico por la patología presentada por la causante Mercedes Toro de Gómez

De esta manera, se encuentra probado que la paciente en el proceso diagnóstico, posterior al tratamiento médico dispensado, no fue revalorada para verificar la evolución o mejoría de su patología, conforme el diagnostico presuntivo dado, y solo se demostró que el personal auxiliar (enfermera) fue la que dio de alta a la paciente, pese a que el diagnostico presuntivo en este caso, el tratamiento médico y la evolución, son actuaciones inherentes únicamente al personal médico profesional y no al asistencial, como ocurrió en este caso, error u omisión que es inexcusable para un galeno, pero con la gravedad que fue un error que este mismo aceptó y que se lo atribuyó a situaciones de índole administrativa del centro médico, aduciendo falta de personal médico, situaciones a todas luces no excusan al galeno ni al centro médico de dispensar una atención medica acorde a los protocolos médicos.

Así entonces, a la paciente Mercedes Toro de Gómez no se le efectuó una revaloración por parte del médico, para verificar si el tratamiento dispensado tuvo buen efecto, o si era necesario efectuar otro tipo de tratamiento o exámenes para descartar otras posibles

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

patologías y buscar la mejoría de la paciente, y tal situación como se ha dicho, se encuentra plenamente acreditada por el testimonio del mismo galeno Dr. Henry Hurtado para el 04 de octubre de 2017, quien manifestó: “*Doctora como le acabo de indicar desde que la paciente mejore es porque fue el tratamiento indicado para su motivo de consulta, entonces no hay necesidad de revalorar nuevamente*”, de igual manera, la perito en la audiencia de aclaración y adición del 03 de octubre, al responder al interrogante de si conforme la historia clínica a la paciente se le realizó un examen físico de revaloración completo; esta manifestó: “*No, a la paciente se le hace un examen físico inicial y con base en ese examen físico inicial se toma la conducta médica, pero no hay un periodo de observación, y por lo tanto no hay un periodo de un nuevo examen físico o revaloración.*”. **SITUACION QUE PESE A QUE EVIDENCIABA UNA MALA O INDEBIDA ATENCION MEDICA, TAMPOCO FUE ANALIZADA NI VALORADA POR EL JUEZ FALLADOR DE INSTANCIA.**

DEL VALOR PROBATORIO DADO AL DICTAMEN PERICIAL RENDIDO POR LA PERITO DRA. ANA MARIA ESCOBAR FALCON, Y SU ESCASO ANALISIS

Sobre este punto, debe manifestar el suscrito el gran inconformismo existente y que conlleva a esta acción constitucional, toda vez que se desconoce y resta valor y peso probatorio al dictamen pericial rendido por la perito Dra. Ana María Escobar Falcon, así como de la contradicción al mismo, y más pareciera que el Juez A-quo, pese a que no estuvo en la práctica directa de la prueba, pareciera que no revisó los archivos de audio y video de tal prueba, con la cual pudiera crear un juicio jurídico a partir de una valoración médica especializada.

Debe recordarse que en tratándose de responsabilidad médica estatal, y dado que es un tema ajeno a la práctica del derecho, los Jueces debe recurrir a la literatura médica, así como a las pericias de los especialistas en la materia para poder guiar sus fallos, no solo con su criterio o saber jurídico, sino guiados de la *lex artis* médica, prácticas jurídica que, a pesar de estar claramente autorizadas, en el presente caso no se utilizaron y omitieron su valoración.

Sobre este tema, se encuentra que el Consejo de Estado – Sección Tercera – Subsección C, en sentencia del 25 de abril de 2012, CP. Dr. Enrique Gil Botero, en proceso radicado No. 05001-23-25-000-1994-2279-01, se expuso:

“La posibilidad de recurrir a la literatura médica por parte del funcionario judicial, ha sido avalada por el reconocido profesor y tratadista, Jairo Parra Quijano, quien con autoridad en la materia, ha sostenido: “El juez sobre un tema científico o técnico puede utilizar doctrina sobre la materia, precisamente para hacer inducciones, como se expuso anteriormente. “Al no existir tarifa legal para valorar la prueba pericial, mayor es el compromiso del juez para adquirir, sobre la materia sobre la cual verse el dictamen técnico o científico, unos conocimientos basilares, que le permitirán entenderlo, explicarlo en términos comunes (en lo que sea necesario)”

Por lo tanto el juez puede valerse de literatura –impresa o la que reposa en páginas web, nacionales o internacionales, ampliamente reconocidas por su contenido científico– no como un medio probatorio independiente, sino como una guía que permite ilustrarlo sobre los temas que integran el proceso y, por consiguiente, brindarle un mejor conocimiento acerca del objeto de la prueba y del respectivo acervo probatorio, lo que, en términos de la sana crítica y las reglas de la experiencia, redundará en una decisión más justa.”

DE ESTA MANERA, SE HAYA UNA FALTA DE ANALISIS PROFUNDO Y CONCIENTE SOBRE ESTA PRUEBA QUE ES DE TAN

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

VITAL IMPORTANCIA EN EL PROCESO, QUE LA MISMA ARROJA RESULTADOS TAN CLAROS, QUE EVIDENCIAN LAS FALENCIAS EN EL PROCESO O JUICIO DIAGNOSTICO QUE SON LAS QUE HOY SE ALEGAN EN ESTA SEDE DE TUTELA.

DECISION ILEGITIMA DE SEGUNDA INSTANCIA:

La sentencia de segunda instancia proferida por la Sala de Decisión del Tribunal Administrativo de Risaralda conformada por los magistrados Dr. Leonardo Rodríguez, Dr. Fernando Alberto Álvarez Beltrán y Dra. Dufay Carvajal Castañeda dentro del proceso transgrede derechos constitucionales fundamentales de los accionantes, por lo siguiente:

El Ad-quem acepta la importancia y trascendencia de un buen diagnóstico para el eficiente tratamiento médico, al manifestar en su providencia:

“Del referente jurisprudencial y doctrinal es claro entonces que el diagnóstico es el elemento definitivo del acto médico, por cuanto es a partir de sus resultados que se elabora el tratamiento y la actividad posterior, y es por ello que del diagnóstico depende el correcto tratamiento o ejercicio terapéutico a seguir, el cual requiere que sea el más acertado posible.

Por lo tanto, en los eventos en los que se discuten la responsabilidad de la administración por daños derivados de un error en el diagnóstico, deberá estar acreditado que el servicio médico no se prestó adecuadamente porque se omitió interrogar al paciente o a su acompañante sobre la evolución de los síntomas que lo aquejaban; no se sometió al paciente a una valoración física completa y seria; se omitió utilizar oportunamente todos los recursos técnicos a su alcance para confirmar o descartar un determinado diagnóstico; dejó de hacerle el seguimiento que corresponde a la evolución de la enfermedad, o simplemente, incurrió en un error inexcusable para un profesional de su especialidad, y en general todas aquellas actuaciones que demuestren que el servicio fue prestado de manera diferente a como lo aconsejaba la lex artis.”

Pero al hacer el análisis probatorio del caso, de manera ilógica, y no concordante con la comunidad de prueba existente, expone:

“En el caso concreto, lo primero que debe indicar la Sala es que la parte actora no logró acreditar que la ocurrencia del accidente cerebro-vascular sufrido por la señora Mercedes Toro de Gómez el 6 de marzo de 2014 y posterior muerte en las instalaciones del E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira fuera causado por un vértigo de carácter central, pues su hipótesis aparece registrada por la perito y los testimonios rendidos por especialistas en el tema, como una causal poco común en este tipo enfermedades, máxime que no se practicó necropsia ni se allegó una prueba técnica o científica que así lo determinara.”

Posteriormente, pese a que la prueba pericial es clara en determinar que el médico tratante no realizó un proceso diagnóstico adecuado, como se puede analizar de las afirmaciones y conclusiones probatorias, lo cierto es que el fallador de segunda instancia vuelve al igual que el de primera instancia, a tener como prueba válida y de mayor peso, la declaración del médico tratante, quien manifestó que si hizo todos los procedimientos, y que solo consignaba en la historia clínica hallazgos positivos, cuando del mismo análisis de la historia y su correcto diligenciamiento, la perito dejó claro que no fue desplegada en debida forma y que faltaba mucha información que en su experiencia era necesaria, como en extenso se enunció frente al análisis en esta acción, de las respuestas dadas por la perito, en partes anteriores de este escrito, veamos lo dicho por el Tribunal accionado:

“Ahora bien, una vez analizada la información contenida en el material probatorio, se encuentra que la médica internista que rindió la experticia dentro del presente asunto, sostuvo que en la historia clínica no se describen síntomas como nistagmus, intensidad

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

de la ataxia, ni la presencia del tinitus que es un síntoma que permite inclinar el diagnóstico hacia el vértigo periférico, y por ende no pudo determinar si la conducta adoptada por el médico tratante el 5 de marzo de 2014 fue la indicada para la patología que presentaba la señora Toro de Gómez, no obstante, asevera la especialista que la paciente arribó al servicio de urgencia hemodinámica estable y solamente tenía una cifras de la tensión arterial ligeramente elevada, que no hacían sospechar la ocurrencia de un ACV, igualmente que la revisión por sistemas aparecía normal, y pudo ser que el personal médico de la entidad demandada interrogó y que la paciente respondió que se encontraba bien y que no presentaba ninguna síntoma en ese órgano. Aspectos dudosos que fueron aclarados con la declaración bajo juramento constitucional y legal del médico Henry Hurtado Ospina, quien fue enfático en referir que dicha revisión se efectuó de manera exhaustiva no encontrando signos o síntomas de alarmas que inclinarán a un diagnóstico de vértigo de origen central, ni mucho menos la presencia de un accidente cerebrovascular de la paciente, bajo el entendido que solamente se describen en la revisión por sistemas aquellos hallazgos positivos, los cuales fueron consignados en la historia clínica de la fallecida.”

Se evidencia que la accionada no hace un análisis global de todas las circunstancias que constituyen el correcto proceso de juicio diagnóstico y el correcto diligenciamiento de la historia clínica, pues como se pudo probar, pese a que tenía alteraciones en el sistema neurológico el galeno lo anotó como normal, y de ello existe prueba, y fue corroborado por la perito, circunstancia que por sí sola era un indicio grave en el diligenciamiento de la historia clínica, aunado al hecho que no aparece otros procedimientos de valoración que debían haberse realizado, de los cuales no existe prueba, diferente a la manifestación del implicado de haberlos hecho, pese a que la ley, la doctrina y la jurisprudencia son claros y enfáticos en tal exigencia de registrar todo el proceso del juicio diagnóstico en la historia clínica; y de igual manera resulta extraño que pese a que no hizo eso, y tampoco la revaloró como el mismo médico aceptó en el interrogatorio que se le realizó, y que la perito haya manifestado la necesidad de un periodo de observación para una correcta mejoría y aplicación del tratamiento, y que haya manifestado que ello no se hizo, tales fallas o circunstancias no fueron objeto de valoración y reparo por parte del fallador de segunda instancia, veamos:

“A juicio del Tribunal y a diferencia de lo aseverado por los recurrentes, el comportamiento adoptado por el médico de atención de urgencia de la entidad demandada, al plasmar en la historia clínica en la revisión por sistemas únicamente aquellos hallazgos positivos, no repercute como un diligenciamiento erróneo, puesto que es el normal funcionamiento y el esquema que utilizan los médicos tratantes al examinar los pacientes, y que fue ratificado por los galenos que atendieron a la paciente cuando fue remitida a la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira, al advertir en sus deponencias que la anamnesis que se le realiza a una paciente se determinan los hallazgos positivos, por consiguiente, lo que no se disponga allí se debe entender como hallazgo de carácter negativo, tal y como ocurrió en el presente asunto.

La Sala no desconoce que la señora Mercedes Toro de Gómez presentaba síntomas indicativos de la presencia de un vértigo, conforme a lo establecido en el informe pericial. Sin embargo, ello no es suficiente para afirmar que el médico encargado de la atención de la paciente incurriera en un error de valoración inexcusable, porque no existe evidencia científica que permita afirmar que la sintomatología presentaba por esta, era exclusiva de un vértigo de origen central y en consecuencia de un accidente cerebro-vascular, especialmente si a la paciente se le auscultaron todo tipo de síntomas para descartar su presencia, arrojando resultados negativos.”

Por otro lado, contrario a lo considerado por el fallador de segunda instancia, precisamente la falta de una atención médica oportuna, en la cual se hiciera un juicio de valoración diagnóstica profundo, juicioso y minucioso para descartar patologías más gravosas, fue el que generó el error en el diagnóstico médico que hoy se debate, donde claramente el fallador de primera y ahora el analizado en segunda instancia desconocen las conclusiones probatorias que entregó la perito Dra. Ana María Escobar Falcon al indicar que el descartar patologías de origen central, realizar otros procedimientos más profundos y realizar periodo de observación para evidenciar si había o no mejoría y con ello dar un diagnóstico más certero y no presuntivo como el que se dio, constituyen claramente la falla por error en el

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

diagnóstico que se alega, y omitió analizar en su conjunto probatorio el fallador de segunda instancia, donde inclusive el galeno tratante e involucrado llegó a una conclusión que también se omitió enjuiciar y fue el hecho que como la ESE Salud Pereira en su sede Kennedy, tiene muy poco personal médico y mucha necesidad de los usuarios, no era posible revalorar a sus pacientes y que él confiaba en el criterio del personal auxiliar, olvidando que él como médico, por disposición legal, por simple y conocido criterio médico, es la única persona que puede decir si un tratamiento es o no adecuado para un paciente o surtió o no los efectos para poder dar de alta a un paciente, como en efecto y tristemente en este caso no sucedió, pero que los falladores omitieron en analizar, veamos:

“Lo anterior, por cuanto no existe evidencia cierta e incontrovertible que indique que la ocurrencia del accidente cerebro - vascular que padeció la señora Mercedes Toro de Gómez y que la causó la muerte, fuera por un diagnóstico no oportuno del vértigo de origen central; además, quedó demostrado que la entidad demandada no dejó de utilizar todos los recursos humanos, técnicos y científicos disponibles para identificar la patología.”

En este caso, sigue el fallador de instancia omitiendo valorar todas las pruebas, donde se demuestra que el demandado no utilizó todos los medios y posibilidades clínicas administrativas que tenía en su poder para brindar una adecuada atención y tratamiento a una paciente que por sus factores de riesgo, su sintomatología, representaban un mayor cuidado, y donde de modo alguno, puede decirse que no existía conexión frente a los hechos por los cuales consultó el primer día a la entidad demandada, y por los que consultó al día siguiente, y que posteriormente falleció en el Hospital San Jorge, no puede hablarse ni se logró demostrar que eran hechos aislados, y por el contrario, se evidenció que sus patologías de base eran factores de riesgo inminente de un ACV, y se enjuicia y se demostró que pese a que existían factores de riesgo, la demandada ESE, no realizó un proceso de atención adecuado acorde a la lex artis, que con todas y cada una de las pruebas obrantes se demostró que hubo claras falencias en la atención médica, veamos lo considerado y no compartido a la luz de los medios probatorios:

“Si bien la parte actora conforme al informe pericial rendido pretende que la falta de anotación en la historia clínica sobre la sintomatología referida de manera negativa por la paciente era una alteración de la historia y una omisión, esto no es suficiente para acreditar la supuesta falla alegada, por cuanto se reitera que nada en el acervo probatorio allegado al expediente permite concluir que, desde el ingreso de la paciente al servicio de urgencia el 5 de marzo de 2014, y luego al momento en que se presentó la agravación súbita de los síntomas, la atención haya sido descuidada y que el diagnóstico, la medicación y las observaciones no fueran las adecuadas a los síntomas que hasta entonces presentaba la paciente. Y tampoco resulta posible que se valore esa atención, órdenes y medicamento a la luz de la agravación súbita presentada posteriormente, pues ningún elemento de convicción permite sostener que los síntomas evidenciados en el examen de ingreso, con una alta probabilidad, evolucionarían negativamente.”

En efecto, a pesar de que en la demanda se indicó que la muerte fue consecuencia de no descartar la presencia de un vértigo de carácter central en la paciente, lo cierto es que la única referencia en el proceso al respecto son las anotaciones en la literatura médica que hace in extenso el apoderado judicial de la parte actora en la demanda y en el recurso de apelación; pero no existe evidencia de ello a través de la realización de una necropsia o de algún examen que así lo determine, y bajo la probabilidad de que pueda constituir una causa no puede la Sala establecer el daño antijurídico imputable a la E.S.E. Salud de Pereira, por intermedio de su personal médico de atención de urgencias.”

Contrario a lo manifestado aquí por el fallador de instancia, las pruebas son concluyentes que la sintomatología y patología presentada por la paciente, debían haber generado en el personal médico una mayor atención a la dispensada, pues el diagnóstico presuntivo aplicado no era el adecuado, pues como lo dijo el perito, se debía descartar vértigos o afectaciones de origen central que por lado alguno se evidenció conducta al respecto, y tristemente la afectación que generó la muerte de la hoy causante fue un accidente cerebro

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

vascular, donde las condiciones de tiempo, modo y lugar de lo ocurrido, vuelve y se repite no son aisladas y existe perfecta sincronía o conexión con la atención medica deficiente que le fue suministrada, y donde inclusiva la misma perito manifiesta que no se aplicó la conducta medica debida, con la cual hubiese podido tener una mejor atención, perdiéndose la oportunidad y el derecho de una mejor atención, y pese a que una ACV es una de las causas de muerte mas comunes, ello no implica que se releve la obligación de los médicos de atender de manera digna y oportuna, con base en todos los elementos e instrumentos a su mano, por el simple hecho que pueda o no ser una persona propensa a un ACV, lo que implicaría un sistema de atención inhumano, y con ello, estar justificando el fallador de instancia la mala atención médica, pro el simple hecho que igual podía fallecer la persona, lo cual no es justificable y menos a la luz de las pruebas existentes, veamos lo dicho:

“Ni del dictamen pericial ni de las declaraciones rendidas por los especialistas en el tema, es posible advertir que la causa del accidente cerebro-vascular fuera la falta de diagnóstico de vértigo de origen central, como uno de los posibles síntomas del ACV, ni mucho menos que al no descartar dicho vértigo se causaría las complicaciones en sus patologías de base y su muerte, pues dentro de la contradicción de la experticia, la médica internista es muy clara al señalar que “PREGUNTADO: Hubiera tenido posibilidad de mejorarse la señora Mercedes Toro realizando las recomendaciones que usted anota en su pericia. CONTESTO: Pues no lo sabemos, si la paciente finalmente tenía era un vértigo de origen central e hizo un accidente cerebrovascular, pues el accidente cerebrovascular constituye una de las principales causas de muerte en el mundo. Si la paciente tenía realmente era un ACV es difícil saber si se hubiera hecho un diagnóstico correcto si la paciente hubiera podido mejorar o no.”, aunado a ello ninguno de los galenos declarantes pudo acertar con el rigor que se requiere que la causa del accidente cerebrovascular que cursó la paciente cuando fue trasladada a la E.S.E. Hospital Universitario de San Jorge de Pereira, hubiese sido la atención dispensada el día 5 de marzo de 2014 por la E.S.E Salud Pereira, al no descartarse como posible síntoma un vértigo de carácter central, tal y como lo evidencian los libelista por activa.”

A continuación, concluye la sala del fallador accionado dando validez a una atención que, del simple análisis de las comunidades de pruebas practicadas legalmente e incorporadas al expediente, puede dan fe de una realidad muy diferente, donde es muy reprochable el actuar de la ESE demandada, conclusión que no es dable llegar, y que constituye a su vez una permisividad frente a la real y pesia atención que recibió la hoy causante, donde esta claramente evidenciado del dictamen pericial que no se analizó en conjunto y conforme el valor y las conclusiones que arrojó el mismo, sobre el diagnostico errado e incompleto, pues partiendo del poco análisis, era claro y así se demostró, el medico no debió haber dado de alta a la paciente causante con base en un diagnostico presuntivo, del cual no se agotaron o no se demostraron agotar todos y cada uno de los medios científicos existentes, y menos aún bajo los parámetros de atención y salida que se hayan demostrados en el caso, veamos lo dicho:

“La Sala encuentra que la parte demandante no demostró que se hubiera adelantado una atención negligente, pues contrario a lo afirmado por esta, si existió evidencia de la información sobre la consulta, la anamnesis, el examen físico realizado a la paciente, y la descripción de los recursos médicos utilizados para lograr un diagnóstico acertado, lo que permite concluir, que no se presentó una falla en la valoración de la paciente.

De igual manera, observa la Sala que en ningún momento hubo diagnósticos equivocados, o que no estuvieran relacionados con lo que la paciente refería y su buena evolución al momento de darle de alta en el servicio de urgencia de la entidad demandada.

Así, no existen en el expediente elementos suficientes que permitan aseverar de manera categórica que hubo un error en la atención prestada a la señora Toro de Gómez el 5 de marzo de 2014, ya que, según lo concluido por el dictamen médico, de acuerdo con el diagnóstico arrojado (vértigo periférico o paroxístico benigno), el tratamiento brindado a la paciente fue el adecuado, y dicha sintomatología podía ser controlada por un centro hospitalario del primer nivel, como ocurrió en este caso, y posteriormente dada su variación en el estado clínico para el día 6 de marzo de 2014,

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

la decisión más óptima fue remitirla a un hospital de tercer nivel, como lo es la E.S.E. HUSJ.

Así en el caso concreto, el Tribunal insiste en que no ha quedado probada la falla en la atención del servicio de urgencias prestado a la señora Mercedes Toro de Gómez y, de igual forma, encuentra no acreditada la falla por error en el diagnóstico y tratamiento brindado a la paciente en el hospital Kennedy de la E.S.E. Salud Pereira, toda vez que como viene de observarse tanto el diagnóstico como el tratamiento obedecieron a los síntomas exhibidos por la paciente, los cuales se agravaron sustancialmente en una y otra ocasión.

Lo anterior, sumado a las condiciones especiales en que se encontraba la señora Mercedes Toro de Gómez que dificultan al juez emitir un juicio sobre sus probabilidades de muerte frente a una hipotética atención distinta, dada su avanzada edad, su hipertensión arterial, su diabetes mellitus. Según la manifestación del Dr. Carlos Alberto Marulanda Valencia cuando ésta ingresó a la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira, en la cual consideró que esta se encontraba en estado preagónico, con un mal pronóstico.

De este modo, considera esta Sala, que le asistió razón al Juzgado Quinto Administrativo al denegar las súplicas de la demanda, por cuanto es cierto que en este caso, con los elementos probatorios aportados, no fue posible probar la existencia de una falla del servicio y mucho menos que la atención y tratamiento dado por el personal médico de la E.S.E. Salud Pereira, fuera el factor determinante que condujo al deceso de la señora Mercedes Toro de Gómez.

En otras palabras, no se demostró que los aspectos que en la apelación se señalan como posibles evidencias de la existencia de una falla médica en efecto hubieran ocurrido y que estos fueran la causa adecuada del deceso de la señora Mercedes Toro de Gómez, esto es, que el diagnóstico del personal médico no fuera el acertado, que medicación fuera errónea, que se hubiera necesitado exámenes adicionales para estos casos o que hubiera un inadecuado manejo de la situación frente de la evidencia de un vértigo periférico, pues todos refieren a aspectos técnicos propios de la ciencia médica que requerían de prueba, situación que en este caso se echa de menos.

Por tanto, procede un fallo adverso a las pretensiones de la parte actora, por lo que deberá ser confirmada la decisión emitida en primera instancia, por el Juzgado Quinto Administrativo de Pereira, el 12 de febrero de 2019.”

Bajo lo anterior, se considera que el fallador de segunda instancia, omitió valorar todas y cada una de las pruebas existentes en el plenario, en el mismo sentido que lo hizo el fallador de primera, incurriendo en los mismos errores y deficiencias de análisis que fueron expuestas frente al fallo de primera instancia, que para no hacer tan extenso de lo que ya es este escrito, se omiten realizar, pero solicitando que en el análisis constitucional, fuera del análisis preciso realizado hasta aquí frente al fallo de segunda instancia, se tenga en cuenta que las omisiones en el análisis probatorio, tienen relación a las ya expuestas frente al enjuiciamiento del fallo del A-quo.

DE LA IMPUTACIÓN DE RESPONSABILIDAD – FALLA EN EL SERVICIO POR ERROR EN EL DIAGNÓSTICO QUE SI SE HAYAN DEMOSTRADAS

Ahora bien, se encuentra que lo que hace que se genere esta acción constitucional es buscar la protección en sede de tutela de los derechos mínimos fundamentales alegados en vulneración por las sentencias aquí atacadas, pues las mismas incurren en un claro desconocimiento de las pruebas que legalmente se recopilaron en el proceso, y que de su análisis certero y real, muestran una realidad fáctica muy diferente a la declarada en las providencias atacadas, y donde en realidad, de haber hecho una valoración conforme el sentido y real valor y peso probatorio de tales pruebas, hubiesen dado un resultado muy diferente al que hoy se debate en esta sede constitucional.

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

Es de resaltar que en el presente caso se debate una falla en el servicio médico con ocasión de un error en el diagnóstico, resulta pertinente traer a colación una doctrina del Dr. Alberto León Duque Osorio, quien en su libro titulado Tema de Prueba en la Responsabilidad Medica, editorial Biblioteca Jurídica Dike, año 2014, expuso acerca de este tema, extractándose lo siguiente:

Con ponencia de Consejero de Estado, Doctor Jaime Orlando Santofimio, la Sección Tercera del Consejo de Estado, en Sentencia No. 20144 del 19 de agosto de 2011, se consideró:

“La sala considera que la demora en el procedimiento y tratamiento adecuado, deprecada por la parte actora, emerge de la demostración fundada como resultado de negligencia, ineptitud o incompetencia de la entidad demandada por intermedio de los facultativos que intervinieron, pues de la semiótica que revela la paciente, que sí bien dificultaba un diagnóstico y tratamiento preciso, exigía efectuar todos los estudios y exámenes adecuados para arribar a un procedimiento certero.”

(...)

El proceso de formación del diagnóstico puede verse rodeado de una pluralidad de circunstancias que, en no pocas veces, conducen a una posible equivocación en la emisión de la patología que efectivamente sufre el paciente, situación que se conoce con el nombre de error de diagnóstico, cuyo carácter puede ser excusable o inexcusable, siendo el segundo generador de responsabilidad por la existencia de una culpa médica o falla en la prestación del servicio, mientras que el primero no genera responsabilidad por la carencia de aquella culpa médica o falla del servicio.

La doctrina de responsabilidad medica señala:

“... entendemos haber sido determinantes al afirmar que el médico puede equivocarse al momento de diagnosticar, pues que no puede imponérsele el deber de hacer aceptar el mal del paciente y más cuando ha empleado todos los medios que la ciencia médica pone a su disposición. Aquello que será casual de responsabilidad del profesional médico, es el error inexcusable, es decir el que está vinculado a una conducta negligente que lo ha conducido al mismo que, como dice la doctrina (Lorenzetti, Responsabilidad civil de los médicos), ha sido revelador de una negligencia culpable y no ha brindado al médico razón alguna para errar.” (Subrayado fuera de texto)

Por su parte, se tiene que el Consejo de Estado – Sección Tercera – Subsección B, con ponencia del Dr. Ramiro Pazos Guerrero, en sentencia del 03 de octubre de 2016, bajo el radicado No. 05001-23-31-000-1999-02059-01 (40057), sobre el diagnóstico erróneo, sentó posición al establecer:

“4.2.2. La responsabilidad patrimonial del Estado por errores en el diagnóstico de enfermedades

Tal como lo ha señalado la Sala en oportunidades anteriores¹⁷, la falla médica involucra, de una parte, el acto médico propiamente dicho, que se refiere a la intervención del profesional en sus distintos momentos y comprende particularmente el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, incluidas las intervenciones quirúrgicas, y de otra, todas aquellas actuaciones previas, concomitantes y posteriores a la intervención profesional, que operan desde el momento en que la persona asiste o es llevada a un centro médico estatal, actividades estas últimas que están a cargo del personal paramédico o administrativo. Todas estas actuaciones integran el “acto médico complejo”, que la doctrina, acogida por la Sala¹⁸ clasifica en: (i) actos puramente médicos; (ii) actos paramédicos, que corresponden a las acciones preparatorias del acto médico, que por lo general son llevadas a cabo por personal auxiliar, en la cual se incluyen las obligaciones de seguridad, y (iii) los actos extramédicos, que corresponden a los servicios de alojamiento y manutención del paciente, clasificación que tuvo relevancia en épocas pasadas para efectos de establecer frente a los casos concretos el régimen de responsabilidad aplicable y las cargas probatorias de las partes.

En relación con el acto médico propiamente dicho, que es el tema de interés para la solución del caso concreto, los resultados fallidos en la prestación de ese servicio, tanto

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

en el diagnóstico, como en el tratamiento o en las intervenciones quirúrgicas, no constituyen una falla del servicio, cuando esos resultados son atribuibles a causas naturales, como aquéllos eventos en los cuales el curso de la enfermedad no pudo ser interrumpido con la intervención médica, bien porque el organismo del paciente no respondió como era de esperarse a esos tratamientos, o porque en ese momento aún no se disponía de los conocimientos y elementos científicos necesarios para encontrar remedio o paliativo para esas enfermedades, o porque esos recursos no están al alcance de las instituciones médicas del Estado.

Por lo tanto, en tales eventos, la falla del servicio se deriva de la omisión de utilizar los medios diagnósticos o terapéuticos aconsejados por los protocolos médicos; por no prever, siendo previsible, los efectos secundarios de un tratamiento; por no hacer el seguimiento que corresponde a la evolución de la enfermedad, bien para modificar el diagnóstico o el tratamiento y, en fin, de todas aquellas actuaciones que demuestren que el servicio fue prestado de manera diferente a como lo aconsejaba la lex artis.

Uno de los momentos de mayor relevancia en la prestación del servicio médico lo constituye el diagnóstico, porque a partir del mismo se define el tratamiento posterior. Las fallas en el diagnóstico de las enfermedades y el consecuente error en el tratamiento están asociadas, regularmente, a la indebida interpretación de los síntomas que presenta el paciente o a la omisión de la práctica de los exámenes que resultaban indicados para el caso concreto. Por lo tanto, cuando el diagnóstico no es conclusivo, porque los síntomas pueden indicar varias afecciones, se incurre en falla del servicio cuando no se agotan los recursos científicos y técnicos al alcance para determinar con precisión cuál es la enfermedad que sufre el paciente. A este respecto, la Sala ha destacado en varias de sus providencias, lo señalado por la doctrina:

[E]l respeto a tales deberes, que debe darse en todos los casos, es de máxima exigencia cuando el enfermo presenta un cuadro polimorfo en sus síntomas y signos, que haga difícil el diagnóstico, obligando a emitir únicamente diagnósticos presuntivos. En tales circunstancias deben extremarse los medios para llegar a formular un diagnóstico cierto. Deben agotarse los análisis y demás recursos de la medicina actual. Empero no es suficiente su solicitud; es preciso su realización en tiempo oportuno -sin dilaciones o demoras inútiles- y su posterior estudio por el médico.

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

En el caso concreto, la Sala encuentra que la entidad no demostró que se hubiera adelantado una atención diligente, pues no existe evidencia de la información sobre la consulta, la anamnesis, el examen físico realizado al paciente, ni la descripción de los recursos médicos utilizados para lograr un diagnóstico acertado, lo que permite concluir, que se presentó una falla en la valoración médica del paciente.

Si bien el médico que atendió la consulta de urgencia de Carlos Andrés Noreña, en su declaración ante el comisionado Juzgado Segundo Civil Municipal de Itagüí, afirmó que “el padre del menor no manifestó que el objeto del trauma haya sido una aguja”, esto no resulta de tal relevancia que permita variar la referida conclusión, máxime cuando no se cuenta con la historia clínica, documento idóneo para sustentar dicha afirmación, así como para demostrar la realización del procedimiento médico protocolario que indicó haber realizado, con el fin de lograr un diagnóstico y un procedimiento acertados, cuya ausencia, se insiste, es imputable a la entidad, que también tenía la carga de probar su argumento consistente en que la información entregada por los familiares del paciente fue incorrecta, siendo claro que la sola declaración del médico que brindó la atención no permite obtener certeza sobre ello, máxime cuando es precisamente su actuación profesional la que aparece comprometida en los hechos, situación que lo deja en una situación de sospecha que impide derivar plena prueba de lo declarado por él respecto de su diligencia. (Subrayado y negrilla fuera de texto)

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

Como lo anota la doctrina y la jurisprudencia en cita, para establecer cuando se está ante un error de diagnóstico, es necesario estudiar la conducta del médico en las particulares circunstancias en que formuló su apreciación diagnóstica, realizando un juicio de comparación probatoria con un médico prudente quien situado en las mismas condiciones en que se hallaba el médico censurado, no habría incurrido en el desatino diagnóstico, debiéndose tener en cuenta, principalmente, cuáles habrían sido los medios indicados por los protocolos médico científicos utilizados para arribar a un diagnóstico aceptado.

El error médico generador de responsabilidad es el error inexcusable, el cual se presenta cuando se equivoca el diagnóstico por ausencia de conocimiento (impericia), por ligereza (no haber examinado lo suficiente al paciente antes, durante y después de la atención), o por no haber tomado los recaudos previos necesarios (estudios clínicos y de ayudas diagnósticas).

En este sentido, y contrario a lo manifestado por los falladores de primera y segunda instancia, en el presente caso existió un error en el diagnóstico médico, error que incluso bajo los anteriores parámetros fue advertido por la perito Dra. Escobar Falcón quien, ante las preguntas, contestó:

“Podría aclarar si conforme la pericia rendida por usted, si a la paciente Mercedes Toro de Gómez se le hizo valoración sobre la presencia de ataxia o tinítus.

R/: No a la paciente no se interrogó según la historia si había tinítus, según los datos, y no se valoró por completo la ataxia, por lo menos no se registró en el examen físico, ni tampoco en la revisión por sistemas que es cuando interrogamos, tampoco aparece un complemento allí.

(...)

A la paciente se le realizaron maniobras durante el examen médico para verificar o facilitar el diagnóstico de vértigo paroxístico.

R/: Pues por lo menos no se registraron si se realizaron, al examen físico no se registraron, el nistagmus es importante y no aparece nada sobre el nistagmus, no aparece nada sobre la marcha, y hay un examen que se llama la maniobra de helgsalpaig (sic), que es el examen para valorar el tipo de nistagmus, ese examen nos permite durante el examen físico tener una sensibilidad del 88% para evaluar si se trata de un vértigo periférico o un vértigo paroxístico benigno específicamente y no aparece registrado.

Doctora conforme su pericia en el literal a), donde anota que no se describe nistagmus, que existe presencia de inapetencia y ataxia, pero no se hace énfasis en la intensidad de la ataxia, que podría ser un factor diferenciador, y sobre el hecho de no interrogar respecto de la presencia de tinítus; bajo estas precisas anotaciones considera usted que la valoración inicial a la paciente Mercedes Toro de Gómez estuvo completa.

R/: Por lo que aparece, no aparece completa la revisión.

(...)

Doctora Respecto de la respuesta al literal b) de la pericia, cuando se interroga acerca del grado de complejidad patológica, y responde: “El primer día, si la consideración de vértigo periférico hubiere sido correcta, podría manejarse en primer nivel de complejidad”, frente a esto sírvase manifestar cual era la patología correcta de vértigo que presentaba la paciente, o si simplemente el diagnóstico de vértigo periférico no era la patología clínica que ella tenía.

R/: Lo que sucede es que en el primer resumen no aparece específicamente como estaba el nistagmus, como estaba la marcha de la paciente, si los síntomas de la inapetencia correspondían a disfagia o dificultad para tragar, entonces no es posible especificar si era un vértigo de origen central o un vértigo de origen periférico, si hubiera sido un vértigo de origen periférico si se puede manejar en primer nivel, pero no podemos asegurar con los datos que tenemos de la primera valoración si era un vértigo de origen periférico.

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

(...)

Conforme lo anotado por usted en el literal a), y teniendo presente las falencias del auscultamiento de los síntomas que presentaba la paciente para descartar uno u otro vértigo, la revisión por sistemas fue correcta.

R/: La revisión por sistemas por lo menos en lo que aparece allí no está completa, o por lo menos dice que todo está normal, entonces falta información al respecto.

Es lógico anotar en el estado neurológico que la paciente estaba bien (normal) y en el cardiovascular normal, cuando en la misma historia clínica se anota que existe hipertensión.

R/: Pues realmente había hipertensión sistólica **entonces no debía anotarse que estaba normal, en el examen físico en ese punto.**

(...)

Conforme las anotaciones que no existe una revisión completa por sistemas, porque el galeno culmina su atención con un diagnóstico presuntivo.

R/: Considero que como él no estaba seguro, y precisamente como no hizo una maniobra al examen físico y no tenía ningún laboratorio, ni ninguna imagen para confirmar el diagnóstico, pues concluyó que el diagnóstico era presuntivo.

Dada la patología que presentaba la señora Mercedes Toro de Gómez, y de los factores de riesgo ya anotados por usted, era posible dar de alta con diagnóstico presuntivo.

R/: Pienso que idealmente en este tipo cuadro y dados los factores de riesgo de la paciente, pues era importante hacer un seguimiento para mirar si el vértigo persistía, como se comportaban las cifras tensionales y como se comportaba el examen físico de la paciente.

(...)

A que se refiere usted en la respuesta al literal k) con “el tiempo de observación con un examen físico completo al revalorar a la paciente, incluyendo un fondo de ojo, por ejemplo, hubieran posiblemente determinado la necesidad de otros estudios”.

R/: Si no se le hubiera dado salida a la paciente sino que se hubiera evaluado completamente, el examen físico completo lo que hablábamos, mirar el nistagmus, las características del nistagmus, hacer la maniobra de helgsalpaig (sic), mirar la ataxia de la paciente, como estaba la marcha de la paciente, hacer un examen del fondo de ojo, todo esto nos hubiera permitido llegar a un mejor diagnóstico de la paciente, y la vigilancia dentro del periodo de observación, y mirar si había respuesta al dimenhidrinato, mirar cuanto duraba el periodo del vértigo, si tenía periodos de mejoría o no, esto hubiera permitido hacer un mejor diagnóstico.

Conforme la historia clínica a la paciente se le realizó un examen físico de revaloración completo.

R/: No, a la paciente se le hace un examen físico inicial y con base en ese examen físico inicial se toma la conducta médica, pero no hay un periodo de observación, y por lo tanto no hay un periodo de un nuevo examen físico o revaloración.

De la respuesta al literal l) de su pericia, nos puede decir si la atención que recibió la señora Mercedes Toro de Gómez cumplió con todos los protocolos médicos que dicta la lex artis.

R/: Básicamente acorde a lo que está registrado en la historia clínica, no se le realizó un examen físico completo, no sabemos si se interrogaron completamente todos los síntomas, especialmente en la revisión por sistemas en lo que respecta a la parte neurológica y no hubo un periodo de observación.

Si se hubiese realizado las valoraciones físicas por nistagmus, severidad de la ataxia, la marcha, cambios motores y sensitivos, dismetría o reflejos anormales, así como realizar un periodo de observación, y se hubiesen agotado los estudios requeridos como

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

revisión por imágenes tipo tomografía axial computarizada de cráneo simple; hubiesen permitido tener un tratamiento más adecuado.

R/: Si, un examen físico completo, la remisión a otro nivel y los estudios imagenológicos hubiesen permitido un mejor estudio y por lo tanto un mejor tratamiento.

Si se hubiesen hecho otros exámenes complementarios, el diagnóstico hubiere sido no presuntivo, sino diferencial o definitivo.

R/: Si se hubiesen podido hacer otros estudios sí, a lo que tú te refieres con otros estudios si necesitaba de una remisión a un nivel diferente de atención, entonces con el examen médico debió haberse tomado esa conducta.

Los estudios médicos que aparecen anotados en la historia clínica como la glucometría, era un estudio completo para determinar a ciencia cierta la patología que presentaba la señora Mercedes Toro de Gómez.

R/: No, la glucometría es muy importante en el contexto de esta paciente porque es una paciente diabética y puede explicar el cuadro inicial de mareo, pero no es suficiente para realizar un diagnóstico confirmatorio de la patología de vértigo.

Cuando la apoderada de la parte demandada pregunta a la perito acerca de si el resultado de glucometría, conforme la nota de enfermería, es importante la observación que deja la perito al establecer: "Cuando se toma durante el día cuando la persona no está en ayuno, la meta es que este menor de 180, en ese orden de ideas la glucometría está bien, lo otro es que es una impresión de enfermería, pero la glucometría está bien." (Subrayado y negrilla del suscrito)

Y bajo esta orbita de demostración de responsabilidad administrativa, se encuentra que aún más está probada la misma, en el sentido que la falta o ausencia de un tratamiento adecuado, que en la realidad fue erróneo, generó para la señora Mercedes Toro de Gómez por la deficiente prestación del servicio médico, la pérdida de una posibilidad de mejoría o de no ocurrencia de los hechos, por lo siguiente:

De la aclaración al dictamen pericial rendido por la Dra. Ana María Escobar Falcón, la misma expuso lo siguiente:

"Conforme lo anotado por usted en el literal a), y teniendo presente las falencias del auscultamiento de los síntomas que presentaba la paciente para descartar uno u otro vértigo, la revisión por sistemas fue correcta.

R/: La revisión por sistemas por lo menos en lo que aparece allí no está completa, o por lo menos dice que todo está normal, entonces falta información al respecto.

Conforme las anotaciones que no existe una revisión completa por sistemas, porque el galeno culmina su atención con un diagnóstico presuntivo.

R/: Considero que como él no estaba seguro, y precisamente como no hizo una maniobra al examen físico y no tenía ningún laboratorio, ni ninguna imagen para confirmar el diagnóstico, pues concluyo que el diagnóstico era presuntivo.

Dada la patología que presentaba la señora Mercedes Toro de Gómez, y de los factores de riesgo ya anotados por usted, era posible dar de alta con diagnóstico presuntivo.

R/: Pienso que idealmente en este tipo cuadro y dados los factores de riesgo de la paciente, pues era importante hacer un seguimiento para mirar si el vértigo persistía, como se comportaban las cifras tensionales y como se comportaba el examen físico de la paciente.

(....)

A que se refiere usted en la respuesta al literal k) con "el tiempo de observación con un examen físico completo al revalorar a la paciente, incluyendo un fondo de ojo, por ejemplo, hubieran posiblemente determinado la necesidad de otros estudios".

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

R/: Si no se le hubiera dado salida a la paciente sino que se hubiera evaluado completamente, el examen físico completo lo que hablábamos, mirar el nistagmus, las características del nistagmus, hacer la maniobra de helgsalpaig (sic), mirar la ataxia de la paciente, como estaba la marcha de la paciente, hacer un examen del fondo de ojo, todo esto nos hubiera permitido llegar a un mejor diagnóstico de la paciente, y la vigilancia dentro del periodo de observación, y mirar si había respuesta al dimenhidrinato, mirar cuanto duraba el periodo del vértigo, si tenía periodos de mejoría o no, esto hubiera permitido hacer un mejor diagnóstico.

Conforme la historia clínica a la paciente se le realizó un examen físico de revaloración completo.

R/: No, a la paciente se le hace un examen físico inicial y con base en ese examen físico inicial se toma la conducta médica, pero no hay un periodo de observación, y por lo tanto no hay un periodo de un nuevo examen físico o revaloración."

Y concluye la perito con respuesta a los siguientes interrogantes:

"Si se hubiese realizado las valoraciones físicas por nistagmus, severidad de la ataxia, la marcha, cambios motores y sensitivos, disimetría o reflejos anormales, así como realizar un periodo de observación, y se hubiesen agotado los estudios requeridos como revisión por imágenes tipo tomografía axial computarizada de cráneo simple; hubiesen permitido tener un tratamiento más adecuado.

R/: Si, un examen físico completo, la remisión a otro nivel y los estudios imagenológicos hubiesen permitido un mejor estudio y por lo tanto un mejor tratamiento.

Si se hubiesen hecho otros exámenes complementarios, el diagnóstico hubiere sino no presuntivo, sino diferencial o definitivo.

R/: Si se hubiesen podido hacer otros estudios sí, a lo que tú te refieres con otros estudios si necesitaba de una remisión a un nivel diferente de atención, entonces con el examen médico debió haberse tomado esa conducta."

De esta manera se encuentra más que probado que todas las fallas en el proceso de valoración y juicio diagnóstico, generaron una pérdida ostensible de la oportunidad de un mejor tratamiento y su consecuente mejoría, circunstancias que no fueron advertidas por las autoridades judiciales accionadas, por la limitada o escasa valoración probatoria de todos y cada uno de los medios probatorios, y en especial de aquellos, que por su relevancia procesal y probatoria, merecían un análisis más riguroso y de sopesar las condiciones y virtualidad demostrativa de los mismos, que con ello, el resultado procesal final en este proceso de responsabilidad médica hubiese sido diferente al ya hoy cuestionado en sede constitucional.

CONCLUSION FINAL

Para concluir la argumentación de procedencia de esta acción constitucional, así como se realizó en las instancias procesales ordinarias, y teniendo en cuenta todos los argumentos, pruebas, leyes, doctrina y jurisprudencia aquí expuestos que fueron desconocidos, es pertinente hacer una alusión de los argumentos de negativa del Despacho fallador de primera y segunda instancia, así:

Exponen el Juez que no se encuentra acreditado que la atención del 05 de marzo de 2014 resultó errada, y que el diagnóstico de vértigo paroxístico fuera incorrecto, pues no existe cuenta o prueba que la causa de la muerte de la señora Toro de Gómez, fuese por un vértigo de origen central.

Análisis

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

A ello debe manifestarse que resulta curioso que al día siguiente la paciente Toro de Gómez acuda nuevamente a urgencias, con sus signos vitales más alterados y se registre un ACV, de igual manera, si se hubiese analizado por el A-quo la historia clínica del Hospital San Jorge donde fue remitida, de la misma se encuentra que la causa de la patología o enfermedad que aquejaba a la paciente era un infarto cerebral o un ACV, entonces se pregunta el suscrito si era un vértigo paroxístico, según el Juez, apoyando la actuación médica del 05 de marzo, porque solo existió un diagnóstico presuntivo o impresión diagnóstica, y al día siguiente la paciente presenta un ACV, cuando es claro desde el punto de vista médico, que ambos vértigos tienen similitudes, pero dadas las características de la paciente Toro de Gómez (Factores de riesgo), **ERA IMPERATIVO, PRUDENTE Y DILIGENTE HABER DESCARTADO ESTE VÉRTIGO MAS PELIGROSO Y DAÑINO.**

Se puede apreciar de la nota de ingreso al San Jorge (Fl. 32 cuaderno 2), lo siguiente:

DIAGNOSTICOS DE INGRESO	
Ingreso/Relacionado	A09X DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO
Ingreso/Relacionado	D002 CARCINOMA IN SITU DEL ESTOMAGO
Ingreso/Relacionado	E114 DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES NEUROLOGICAS
Ingreso/Relacionado	G463 SINDROMES APOPLETICOS DEL TALLO ENCEFALICO (I60-I67a)
Ingreso/Relacionado	I10X HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)

MEDICINA GENERAL	Página 1/12
JINA PAOLA BURBANO OBANDO	
1088276080	

Ingreso/Relacionado	I64X ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO AGUDO, NO ESPECIFICADO COMO HEMORRAGICO O ISQUEMICO
Ingreso/Relacionado	I679 ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA

Y del egreso, se consignó en la historia clínica lo siguiente:

DIAGNOSTICOS DE EGRESO	
Egreso	E114 DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES NEUROLOGICAS
Egreso	I64X ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO AGUDO, NO ESPECIFICADO COMO HEMORRAGICO O ISQUEMICO
Egreso	I679 ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA
Egreso	R960 MUERTE INSTANTANEA
Egreso	Z930 TRAQUEOSTOMIA
Egreso	Z931 GASTROSTOMIA

INFORMACIÓN DE LA EPICRISIS

Servicio de Egreso: Ninguna Fecha Egreso: 23/marzo/2014 06:08 a.m. Estado Paciente: VIVO

Motivo Consulta:

Motivo de Remisión: enviado de quirófano Motivo de Remisión: fue encontrado con incapacidad para pararse y comunicarse

Enfermedad Actual:

Enfermedad Actual: paciente quien asistió hoy a quirófano para realizarle cirugía y es devuelto de allí a urgencias porque ha estado con diarrea y colico en el triaje se encuentra un poco deshidratado se decide ingresar para hidratación Enfermedad Actual: paciente que vive sola no hay buena información porque vive sola hipertensa diabética al parecer en tto con en tto con metformina 850 bid, y verapamilo pero no saben de cuanto, ni cuanto, quien fue encontrada en la casa no se comunicaba por disartria, ni era capaz de deambular por lo cual fue llevada ayer a unidad local de Kennedy de allí le dieron de alta con dx de vértigo anoche, hoy es llevada de nuevo por que la disartria evoluciono a afasia inquietud, es llevada de nuevo a Kennedy de donde viene con dx de acv traída por médico gral como urgencia vital

Inclusive en la nota de enfermería de la profesional Claudia Lorena Goyes Collazos del 06 de marzo de 2014 a las 9:28 am, se anota como motivo de reconsulta: "Paciente con

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

deterioro de su estado neurológico, posible ECV (Enfermedad Cerebro Vascular¹⁶), se indica remisión como urgencia vital, veamos (Folio 31 cuaderno 2):

EVOLUCIÓN

PACIENTE CON DETERIORO DE SU ESTADO NEUROLOGICO, POSIBLE ECV, SE INDICA REMISION COMO URGENCIA VITAL

DIAGNÓSTICO

Documento de venta: 660010033200-FV-7895090

Principal de consulta: [I10X] HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA) - Impresión diagnóstica

Relacionado a la consulta: [I678] OTRAS ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES ESPECIFICADAS

Servicio de egreso: 1200 Consulta Atención Médica Permanente (Urgencias)
Fecha y hora de egreso: 10-Mar-2014 08:31 am

CONDUCTA A SEGUIR

● R CANULA 3L MIN
MONITORIZACION
EKG

RITMO SINUSAL NO SIGNOS DE ISQUEMIA

PACIENTE OCASIONALMENTE RESPONDE A ESTIMULOS Y AL LLAMADO, SIN INTERACCIÓN, SE INDICA REMISION COMO URGENCIA VITAL
SSN 0.9% 250CC EN 1 HORA
FUROSEMIDA AMP 20MG 1/2 AMP IV DILUIDO LENTO
SE INFORMA A PERSONAL DE ENFERMERIA PARA TRAMITE DE AMBULANCIA

EVOLUCIÓN

NOTA DE INGRESO

PACIENTE QUE IONGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS EN COMPAÑIA DE LA HIJA MOTIVO DE CONSULTA" PACIENTE QUE NO RESPONDE AL LLAMADO NI A ESTIMULOS"

PACIENTE CONCIENTE HIDRATADA AFEBRIL DECAIDA SOMNOLIENTA FUE VALORADA POR LA DOCTORA GOYES QUIEN ORDENA LLEVARSELA COMO URGENCIA VITAL SE LE REALIZA EKG YA VALORADO SE REALIZA GLUCOMETRIA DE 185 SE REALIZA SATURACION DE 86 % CON OXIGENO POR CANULA NASAL A 3 LITROS ES TRASLADADA EN AMBULANCIA DE LA ESE SALUD PEREIRA EN COMPAÑIA DE LA FAMILIA Y EL UUX DE ENFERMERIA

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: NORMAL

Frec. cardiaca: 60, Frec. respiratoria: 14, Temperatura: 37.5°C, Peso: --, Talla: --, IMC: 0.00 Sin clasificar, Perímetro cintura: --, Saturación O2: 97.0%, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador en la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO
Tensión arterial: Sentado: 197 / 97 (Hipertensión, estadio 3), Acostado: --, De pie: --, Cúbito Lat.Izq.: --

Consideran adecuado el manejo dado a la paciente, pues conforme la pericia, el 90% de los vértigos son de origen periférico y que, de este caso, el manejo dado con líquidos y dimenhidrinato fue el adecuado.

Análisis

Debo manifestar que la conclusión a la que llega el A-quo es con el debido respeto, negligente y corta, pues si bien el 90% de los casos de vértigo son periféricos, es decir, no graves, **QUE PASA CON EL OTRO 10%**, o es que acaso la ciencia médica solo se basa en porcentajes o estadísticas, o es que acaso por ser solo un 10%, no se deben tener en cuenta las personas con antecedentes familiares y clínicos como la señora Mercedes Toro de Gómez, debió recordar el Juez, o más bien analizar que de la pericia también es claro que LAS PERSONAS CON FACTORES DE RIESGO COMO HIPERTENSION O DIABETES, EL VÉRTIGO NO SOLO ES PAROXÍSTICO, SINO QUE DEBE DESCARTARSE EL ORIGEN CENTRAL, y en el presente caso no existe prueba alguna que demuestre que en el acto médico el galeno propendió por descartar el origen central del vértigo, pues inclusive se logró demostrar que ni siquiera revaloro a la paciente para verificar como profesional que es, que el tratamiento fuese el adecuado.

Exponen que como los síntomas aducidos en la valoración de la paciente conforme las pautas medicas pueden corresponder a ambos tipos de vértigo, sin ser específicos de un vértigo de origen central, no se puede predicar un error en el diagnóstico.

Análisis

Aquí existe una gran contradicción del Despacho fallador de primera instancia, pues en el primer y segundo argumento de negativa expone que no existe prueba que la causa del daño hubiese sido un vértigo central y que el vértigo que existió fue el paroxístico y su manejo fue adecuado, pero en este argumento establece que conforme a la literatura el vértigo es de dos tipos, y que los síntomas pueden corresponder a cualquiera de ellos, y que por eso no se puede predicar error en el diagnóstico; allí yerra el Despacho, pues como se ha debatido hasta el cansancio, el error esta en no descartar el origen central del vértigo,

¹⁶ Definición de literatura médica. ECV – Enfermedad Cerebro vascular. No es una nota de la historia clínica.

pues debía hacerlo, era un imperativo médico dada la calidad del paciente que tenía (MUJER – MAYOR DE 65 AÑOS - DIABETICA – HIPERTENSA).

Los Juzgadores de Instancia tienen por ciertas las afirmaciones del médico involucrado en la atención de la señora Mercedes Toro de Gómez, pese a que reconoce que no existen registros relevantes en la historia clínica, y pese a que la ley es clara sobre el registro de la misma, pero se aduce o infiere de los fallos, que pese a ser clara la ley, no dice que datos positivos o negativos deben consignarse, por ende, considera que los datos que adolece la historia clínica no son un incumplimiento al deber de registrar datos en la historia clínica, y no implican error en el diagnóstico.

Con lo anterior, concluyen los falladores, que no se logró acreditar la configuración de un error en el diagnóstico médico alegado, toda vez que considera que la sintomatología presentada, el examen físico y revisión por sistemas elaborada por el galeno, el manejo clínico dado y la utilización de los medios advertidos no permiten predicar la existencia de un error inexcusable en la labor del médico tratante, y menos aún se probó que la paciente padeciera de vértigo de origen central cuando ingreso al servicio de urgencias de la ESE Salud Pereira para el 5 de marzo de 2011, por lo que consideran que no se evidencia una falla en el servicio médico de la entidad demandada.

Análisis

Aquí es más delicado y más ilógico el análisis efectuado por el A-quo, pues desconocer parámetros legales y jurisprudenciales sobre la materia o práctica médica, en este caso en el diligenciamiento de la historia clínica, donde se demostró claramente en el proceso, bien sea por vía documental, doctrinal, jurisprudencial y legal que, SÍ CONSTITUYEN ERRORES INEXCUSABLES DEL GALENO EL INCORRECTO DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA, SITUACIÓN QUE DE MANERA LÓGICA CONLLEVA A UN DIAGNÓSTICO ERRADO, pues al no tener en cuenta todos los protocolos médicos que de manera clara exige la ley y la *lex artis*, es claro que el diagnóstico ha sido errado o incompleto, situaciones estas que no pueden esconderse o no tenerse en cuenta como así a bien lo tuvo el A-quo.

Así las cosas, se encuentra que en el presente caso se alegó y se logró demostrar como falencias en la prestación del servicio médico, las siguientes:

1. No se tuvo en cuenta la hipertensión con la cual llegó la paciente Mercedes Toro de Gómez, y mucho menos los factores de riesgo que esta presentaba y que fueran consignados en la historia clínica.
2. Se dispensó el tratamiento médico con base en un diagnóstico presuntivo, sin que primero se realizaran exámenes paraclínicos con miras a llegar a un diagnóstico definitivo, con el cual pudieran haber descartado otras patologías que conforme los factores de riesgo y la sintomatología presentada por la paciente, que podían asociarse y que podían representar un peligro asociado a dichos factores de riesgo.
3. Existió un erróneo diligenciamiento de la historia clínica, pues pese a darse un diagnóstico de vértigo paroxístico benigno, el cual lógicamente afectaba el sistema neurológico, se anotó en la historia clínica que el sistema neurológico estaba normal, por lo que existe una seria contradicción en la elaboración de la historia clínica, lo cual hace evidente una mala práctica médica, la cual es inexcusable de un profesional de la medicina.
4. No se examinó en debida forma a la paciente, ni se le realizaron los exámenes paraclínicos para llegar a un diagnóstico acertado, pese a conocer los factores de riesgo que estaban previamente identificados, y con ello poder descartar otras patologías asociadas que podían implicar la necesidad de un nivel de atención

superior, pues solo se dio tratamiento con un diagnóstico presuntivo, sin descartar otras patologías relacionadas.

5. Desconoció el personal médico que el vértigo es de dos tipos (paroxístico benigno y de origen central), y que ambos presentan sintomatologías similares, pero que el vértigo central, está íntimamente asociado a los factores de riesgo o condiciones inmodificables que presentaba la paciente (Mujer – Mayor de 67 años – Hipertensa – Diabética), y pese a ello no se previó descartar la patología de origen central que implicaba un mayor riesgo.
6. El proceso de juicio diagnóstico fue incompleto, erróneo y la historia clínica como prueba reina del proceso de atención y diagnóstico de la patología por la cual asistió la paciente, no refleja un actuar diligente, prudente y acorde a la ciencia médica o a los protocolos médicos existentes.
7. Se encuentra probado que la paciente en el proceso diagnóstico, posterior al tratamiento médico dispensado, no fue revalorada para verificar la evolución o mejoría de su patología, conforme el diagnóstico presuntivo dado, y solo se demostró que el personal auxiliar (enfermera) fue la que dio de alta a la paciente, pese a que el diagnóstico presuntivo en este caso, el tratamiento médico y la evolución, son actuaciones inherentes únicamente al personal médico profesional y no al asistencial, como ocurrió en este caso, error u omisión que es inexcusable para un galeno.

Demostraciones que, pese a que probatoria, legal y jurisprudencialmente haya respaldo en el presente caso, fueron desconocidas, no analizadas y menos desvirtuadas por las autoridades judiciales accionadas, y que son en extenso, las circunstancias por las cuales existe la vulneración de derechos aquí alegada.

VI. PRETENSIONES

De acuerdo con los fundamentos de hecho y de derecho consignados, respetuosamente solicito de manera comedida al señor Juez Constitucional que de la valoración que pueda realizar de forma íntegra a los medios de prueba, conforme con los criterios de omisión probatoria puestos a su conocimiento en extenso, concluye proceder declarar lo siguiente:

1. Que el Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda en la Sala de Decisión conformada por los Magistrados Dr. Leonardo Rodríguez Arango, Dr. Fernando Alberto Álvarez Beltrán, y Dra. Dufay Carvajal Castañeda, y el Juzgado Quinto Administrativo de Pereira en decisión proferida por su entonces Juez Dr. Julián Andres Velasco Alban, transgredieron los derechos fundamentales al debido proceso, la igualdad y acceso a la administración de justicia de la accionante con las decisiones de primera y segunda instancia contenidas en los fallos dictados el día 12 de febrero de 2019 y 18 de septiembre de 2020, dentro del proceso de Reparación Directa radicado bajo el No. 66001-33-33-751-2015-00462-01 (L-0257-2019).
2. Que como consecuencia de la declaración anterior, ordenar Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda en la Sala de Decisión conformada por los Magistrados Dr. Leonardo Rodríguez Arango, Dr. Fernando Alberto Álvarez Beltrán, y Dra. Dufay Carvajal Castañeda, dejar sin efecto la providencia referida del 18 de septiembre de 2020, y en su lugar, produzca una nueva, por medio de la cual se revoque el fallo del pasado 12 de febrero de 2019 emitido en primera instancia por el Juzgado 5 Administrativo de Pereira, por su entonces Juez Dr. Julián Adres Velasco Alban, atendiendo al estricto y correcto análisis de los medios de prueba existentes en el plenario, así como en acatamiento de los preceptos jurisprudenciales del Consejo de Estado aplicables a la materia de estudio.

VII. ANEXOS

Acción de Tutela

Accionante: María Eugenia Giraldo Toro y Otros

Accionado: Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda y Juzgado 5 Administrativo de Pereira

- Poder para actuar.
- Sentencia de Primera Instancia emitida por el Juzgado 5 Administrativo de Pereira.
- Segunda Instancia Dictada por el Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda.
- Copia de la acción de tutela y anexos para la parte accionada.

VIII. JURAMENTO

En cumplimiento del artículo 14 del Decreto 2591 de 1991, me permito manifestar que no he presentado acciones de tutela respecto de las mismas partes y hechos aquí relatados.

IX. NOTIFICACIONES

La parte accionante y el suscrito apoderado se notificarán en la Calle 18 No. 8-41 Oficina 403 Edificio Banco Cafetero de Pereira. Celular: 3104621428. E-mail: andresm_0121@hotmail.com.

La parte accionada Juzgado 5 Administrativo de Pereira se notificará en la Calle 39 No. 5-38 Piso 2, secretaria del Despacho en la ciudad de Pereira. Teléfonos: 3498158.

La parte accionada Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda se notificará en el Palacio de Justicia Calle 41 entre carrera 7 y 8, Torre C, Piso 5, secretaria del Tribunal Contencioso, de la ciudad de Pereira. Teléfonos: 3147712. Ext. 143.

Gracias por la atención brindada.

Atentamente,



ANDRES MAURICIO AGUDELO GOMEZ

CC. No. 1.088.256.490 de Pereira

TP. No. 203.863 del Consejo Superior de la Judicatura.



**CONSEJO DE ESTADO
SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO
SECCIÓN QUINTA**

MAGISTRADA PONENTE: ROCÍO ARAÚJO OÑATE

Bogotá D.C., dieciocho (18) de marzo de dos mil veintiuno (2021)

Referencia: ACCIÓN DE TUTELA
Radicación: 11001-03-15-000-2021-01018-00
Demandantes: MARÍA EUGENIA GIRALDO TORO Y OTROS
Demandados: TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE RISARALDA Y JUZGADO QUINTO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE PEREIRA

Temas: Tutela contra providencia judicial -examen de los requisitos de admisión de la demanda

AUTO ADMISORIO

I. ANTECEDENTES

1.1. Solicitud de amparo

1. Con escrito presentado en la secretaría general del Consejo de Estado el 12 de marzo de 2021 por María Eugenia Giraldo Toro, Wilson Andrés Rave Giraldo, Luisa Fernanda Quintero Giraldo, Francisco Javier Toro Buitrago, Blanca Maryuri Villegas Arias, actuando en nombre propio y en representación de su hija Karen Maryuri Arias Villegas y Luis Fernando Giraldo Toro, actuando a través de apoderado, ejercieron acción de tutela contra el Tribunal Administrativo de Risaralda y el Juzgado Quinto Administrativo del Circuito Judicial de Pereira, con el fin de que le sean amparados sus *derechos fundamentales al debido proceso, a la igualdad y acceso a la administración de justicia*.

2. Los accionantes consideraron vulneradas las referidas garantías constitucionales, con ocasión de la sentencia, proferida por el Tribunal Administrativo de Risaralda, mediante la cual se confirmó el fallo dictado por el Juzgado Quinto Administrativo del Circuito Judicial de Pereira el 18 de septiembre de 2020, a través del cual se negaron las pretensiones de la demanda que presentó María Eugenia Giraldo Toro y otros en ejercicio del medio de control de reparación directa contra la E.S.E. Salud Pereira.

3. Con base en lo anterior, la parte actora solicitó el amparo de los derechos fundamentales invocados y, en consecuencia, pidió:



“1. Que el Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda en la Sala de Decisión conformada por los Magistrados Dr. Leonardo Rodríguez Arango, Dr. Fernando Alberto Álvarez Beltrán, y Dra. Dufay Carvajal Castañeda, y el Juzgado Quinto Administrativo de Pereira en decisión proferida por su entonces Juez Dr. Julián Andrés Velasco Alban, transgredieron los derechos fundamentales al debido proceso, la igualdad y acceso a la administración de justicia de la accionante con las decisiones de primera y segunda instancia contenidas en los fallos dictados el día 12 de febrero de 2019 y 18 de septiembre de 2020, dentro del proceso de Reparación Directa radicado bajo el No. 66001-33-33-751- 2015-00462-01 (L-0257-2019).

2. Que como consecuencia de la declaración anterior, ordenar al Tribunal Contencioso Administrativo de Risaralda en la Sala de Decisión conformada por los Magistrados Dr. Leonardo Rodríguez Arango, Dr. Fernando Alberto Álvarez Beltrán, y Dra. Dufay Carvajal Castañeda, dejar sin efecto la providencia referida del 18 de septiembre de 2020, y en su lugar, produzca una nueva, por medio de la cual se revoque el fallo del pasado 12 de febrero de 2019 emitido en primera instancia por el Juzgado 5 Administrativo de Pereira, por su entonces Juez Dr. Julián Adres Velasco Alban, atendiendo al estricto y correcto análisis de los medios de prueba existentes en el plenario, así como en acatamiento de los preceptos jurisprudenciales del Consejo de Estado aplicables a la materia de estudio.¹.

II. CONSIDERACIONES

2.1. Cuestión previa

4. Con ocasión del contagio a gran escala de la pandemia del Covid-19 y el aumento de ocupación en las unidades de cuidado Intensivo del país, el Consejo Superior de la Judicatura ha recomendado a los titulares de los despachos judiciales que implementen medidas que beneficien el trabajo en casa, a través de las plataformas tecnológicas institucionales, con el fin de preservar la salud e integridad de los funcionarios de la Rama Judicial, así como de los usuarios de la administración de justicia. En el Consejo de Estado se crearon correos electrónicos exclusivos para la interacción de los ciudadanos y se implementó el sistema de gestión judicial SAMAI², lo que ha permitido que las funciones del máximo Tribunal de lo Contencioso Administrativo se sigan desarrollando de manera virtual.

2.2. Competencia

5. El Consejo de Estado es competente para conocer de la demanda presentada por la señora María Eugenia Giraldo Toro y otros, de conformidad con lo dispuesto por

¹ Folio 1 del expediente digital de tutela.

² “SAMAI es un aplicativo web producto de la innovación interna, que recoge las necesidades y las buenas prácticas de gestión judicial; permite gestionar y controlar un expediente judicial desde su inicio hasta su terminación; la incorporación de los antecedentes del expediente digitalizados; notificaciones electrónicas; la participación de sujetos procesales autorizados y el trámite de los expedientes dentro cada despacho; integra en una sola aplicación funcionalidades dispersas y brinda un tablero de control al servidor judicial para el seguimiento de su despacho. Integra otros sistemas internos como la gestión de personal y el sistema de relatoría (...)”





los artículos 86 de la Constitución Política, 37³ del Decreto Ley 2591 de 1991 y el numeral 5° del artículo 2.2.3.1.2.1.⁴ del Decreto 1069 de 2015, modificado por el Decreto 1983 de 2017.

6. Lo anterior, por cuanto la acción de tutela se dirige contra el Tribunal Administrativo de Risaralda y el Juzgado Quinto Administrativo del Circuito Judicial de Pereira y le corresponde conocer como máximo Tribunal de la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo, por ser el superior funcional del primero.

7. Igualmente, este Despacho como integrante de la Sección Quinta de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Consejo de Estado, es competente para pronunciarse sobre la admisión de la demanda de tutela, en virtud de lo dispuesto en el artículo 35⁵ del Código General del Proceso, aplicable al trámite del vocativo de la referencia por la remisión establecida en el artículo 2.2.3.1.1.3.⁶ del Decreto 1069 de 2015.

2.3. Admisión de la demanda

³ “ARTÍCULO 37. PRIMERA INSTANCIA. Son competentes para conocer de la acción de tutela, a prevención, los jueces o tribunales con jurisdicción en el lugar donde ocurriere la violación o la amenaza que motivaren la presentación de la solicitud.

El que interponga la acción de tutela deberá manifestar, bajo la gravedad del juramento, que no ha presentado otra respecto de los mismos hechos y derechos. Al recibir la solicitud, se le advertirá sobre las consecuencias penales del falso testimonio.

<Inciso CONDICIONALMENTE exequible> De las acciones dirigidas contra la prensa y los demás medios de comunicación serán competentes los jueces de circuito del lugar”.

⁴ “ARTÍCULO 2.2.3.1.2.1. Reparto de la acción de tutela. Para los efectos previstos en el artículo 37 del Decreto 2591 de 1991, conocerán de la acción de tutela, a prevención, los jueces con jurisdicción donde ocurriere la violación o la amenaza que motivare la presentación de la solicitud o donde se produjeran sus efectos, conforme a las siguientes reglas:

(...)

7. Las acciones de tutela dirigidas contra la Corte Suprema de Justicia y el Consejo de Estado serán repartidas, para su conocimiento en primera instancia, a la misma Corporación y se resolverá por la Sala de Decisión, Sección o Subsección que corresponda de conformidad con el reglamento al que se refiere el artículo 2.2.3.1.2.4 del presente decreto”.

⁵ “ARTÍCULO 35. ATRIBUCIONES DE LAS SALAS DE DECISIÓN Y DEL MAGISTRADO SUSTANCIADOR. Corresponde a las salas de decisión dictar las sentencias y los autos que decidan la apelación contra el que rechace el incidente de liquidación de perjuicios de condena impuesta en abstracto o el que rechace la oposición a la diligencia de entrega o resuelva sobre ella. El magistrado sustanciador dictará los demás autos que no correspondan a la sala de decisión.

Los autos que resuelvan apelaciones, dictados por la sala o por el magistrado sustanciador, no admiten recurso.

A solicitud del magistrado sustanciador, la sala plena especializada o única podrá decidir los recursos de apelación interpuestos contra autos o sentencias, cuando se trate de asuntos de trascendencia nacional, o se requiera unificar la jurisprudencia o establecer un precedente judicial”.

⁶ “ARTÍCULO 2.2.3.1.1.3 De los principios aplicables para interpretar el procedimiento previsto por el Decreto 2591 de 1991. Para la interpretación de las disposiciones sobre trámite de la acción de tutela previstas por el Decreto 2591 de 1991 se aplicarán los principios generales del Código General del Proceso, en todo aquello en que no sean contrarios a dicho Decreto.

Cuando el juez considere necesario oír a aquél contra quien se haya hecho la solicitud de tutela, y dicha persona sea uno de los funcionarios que por ley rinde declaración por medio de certificación jurada, el juez solicitará la respectiva certificación”.



8. Por reunir los requisitos exigidos por el artículo 14 del Decreto Ley 2591 de 1991 y de conformidad con lo establecido en el artículo 2.2.3.1.2.1 del Decreto 1069 de 2015, modificado por el artículo 1° del Decreto 1983 del 2017, se dispone:

PRIMERO: ADMITIR la demanda presentada por María Eugenia Giraldo Toro, Wilson Andrés Rave Giraldo, Luisa Fernanda Quintero Giraldo, Francisco Javier Toro Buitrago, Blanca Maryuri Villegas Arias actuando en nombre propio y en representación de su hija Karen Maryuri Arias Villegas y Luis Fernando Giraldo Toro, en ejercicio de la acción de tutela.

SEGUNDO: NOTIFICAR de la existencia de la presente acción a los Magistrados del Tribunal Administrativo de Risaralda y al Juez Quinto Administrativo del Circuito de Pereira, como autoridades judiciales accionadas, para que dentro del término de tres (3) días, contados a partir de la fecha de su recibo, se refieran a sus fundamentos y puedan allegar las pruebas y rendir los informes que consideren pertinentes.

TERCERO: VINCULAR en calidad de terceros con interés, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13 del Decreto Ley 2591 de 1991, a la ESE Salud Pereira, debido a que conformó el extremo demandado en el medio de reparación directa y a La Previsora S.A. Compañía de Seguros, como llamada en garantía en el mismo proceso.

Lo anterior, para que, si lo consideran pertinente, en el término de tres (3) días, contados a partir de la fecha de su recibo, puedan intervenir en la actuación, por cuanto existe la posibilidad de resultar afectados con la decisión que se adopte.

CUARTO: OFICIAR al Tribunal Administrativo de Risaralda y al Juzgado Quinto Administrativo del Circuito de Pereira, para que alleguen copia digital, íntegra, del expediente del medio de control de reparación directa, con radicado N° 66001-33-33-751-2015-00462-01, dentro del término de tres (3) días, contados a partir de la fecha de notificación del presente auto.

QUINTO: OFICIAR a las secretarías generales del Consejo de Estado y del Tribunal Administrativo de Risaralda, para que publiquen en sus respectivas páginas *web* copia digital de la demanda de tutela, de los anexos que la acompañan y de esta providencia, con el fin de que cualquier persona que tenga interés conozca de los referidos documentos y pueda intervenir en el trámite constitucional de la referencia.

SEXTO: ADVERTIR a las autoridades oficiadas que, de no cumplirse con los requerimientos hechos, se utilizarán por este despacho las potestades correccionales que le confiere el artículo 44 de la Ley 1564 de 2012.

SÉPTIMO: TENER como pruebas, con el valor legal que le corresponda, los documentos relacionados y traídos con la demanda.



OCTAVO: ENVIAR copia digital e íntegra de la demanda de tutela, de los anexos que la acompañan y de esta providencia, a las autoridades judiciales accionadas y a los terceros con interés, con el fin de que puedan ejercer su derecho de defensa.

NOVENO: RECONOCER personería para actuar, al abogado Andrés Mauricio Agudelo Gómez, en calidad de apoderado judicial de María Eugenia Giraldo Toro, Wilson Andrés Rave Giraldo, Luisa Fernanda Quintero Giraldo, Francisco Javier Toro Buitrago, Blanca Maryuri Villegas Arias actuando en nombre propio y en representación de su hija Karen Maryuri Arias Villegas y Luis Fernando Giraldo Toro, de conformidad con los poderes⁷ obrante en el expediente de tutela, allegado con la demanda.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,

ROCÍO ARAÚJO OÑATE
Magistrada

⁷ Los poderes que se allegaron se presentaron personalmente ante notario con la manifestación expresa de que el abogado Mauricio Agudelo Gómez representa al extremo actor en el trámite del vocativo de la referencia.