



Bogotá D.C., catorce (14) de enero de dos mil diecinueve (2019)

Asunto	Proceso ordinario de reparación directa
Radicación No.	11001-33-31-035-2010-00072-00
Accionantes	Noel Contreras Bejarano
Accionado	Hospital Occidente de Kennedy III Nivel ESE
Sentencia No.	2019-0002RD
Tema	Falla médica
Sistema	Escritural

1. ANTECEDENTES

Agotadas las etapas del proceso declarativo ordinario pasa a proferirse sentencia dentro del presente proceso.

2. PARTES

Son partes del proceso las siguientes:

2.1 PARTE DEMANDANTE

La parte actora está integrada por las siguientes personas naturales:

Nombre	Identificación
Noel Contreras Bejarano	3.214.235
Isaura Cardona Ruíz	52.237.519
Alicia Ruíz de Cardona	25.127.312
Jimena Contreras Cardona	Menor de edad
Robinson Noel Contreras Cardona	Menor de edad

2.2 PARTE DEMANDADA

La demanda fue dirigida contra el HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL ESE.

2.3 AGENCIA DEL MINISTERIO PÚBLICO

Al momento del fallo la Agencia del Ministerio Público corresponde a la Procuraduría 82 Judicial I para Asuntos Administrativos.

3. LA DEMANDA

Los elementos esenciales de la demanda se resumen a continuación:

3.1 HECHOS RELEVANTES

Los hechos se resumen conforme los elementos de la responsabilidad patrimonial del Estado.



3.1.1 ACERCA DEL HECHO DAÑOSO

Se relata en la demanda que la señorita YEHIMI MARISOL CONTRERAS CARDONA sufrió un accidente al ser impactada por una buseta de servicio público el 22 de mayo de 2008 hacia las 22:30 horas, siendo trasladada al Hospital Occidente de Kennedy III Nivel ESE, en donde permaneció internada hasta el 8 de junio de 2008 hacia las 12:30 horas cuando fallece.

3.1.2 ACERCA DEL DAÑO ANTIJURÍDICO

La víctima directa contaba con 19 años de edad y convivía con sus padres, hermanos y abuela materna, ayudando al hogar mediante el aporte de parte de sus ingresos.

La señorita CONTRERAS CARDONA laboraba como mesera en el restaurante Koribrostr, vinculada mediante contrato de trabajo a término indefinido y devengando un sueldo de \$450.000 mensuales.

Además adelantaba sus estudios de bachillerato en el Colegio "El Japón", cursando el grado 11.

3.1.3 ACERCA DE LA FALLA DEL SERVICIO

Considera la parte actora que la víctima perdió la vida por la irregular atención médica, falta de tratamiento calificado, diagnóstico oportuno y adecuado, daño que podía evitarse si el tratamiento médico se hubiera regido por los mínimos protocolos que la medicina tiene establecidos para este tipo de casos, debiendo contarse con exámenes de laboratorio adecuados, rayos x, resonancia magnética, seguimiento y control de signos vitales, adecuada asepsia de las heridas, específicamente la del tórax, que fue aparentemente la más infectada.

Si se hubiera mostrado más interés en la protección de la vida humana que en la preocupación por el agotamiento del cupo del seguro utilizado para garantizar el pago de los servicios hospitalarios y el seguimiento de las posibles heridas internas causadas por los huesos fracturados en las zonas aledañas. Igualmente debieron practicarse las cirugías abiertas en el abdomen y tórax para detectar hemorragias y heridas internas que debieron controlarse antes de que se presentara infección y fuera demasiado tarde.

La paciente llegó solamente con contusiones de tórax, abdomen, clavícula y hematomas en la cara sin revestir gravedad, hasta el punto que permaneció lúcida y consciente desde el día del accidente hasta el momento de su fallecimiento, lo cual es indicador de la gravedad de las heridas en tanto la paciente sobrevivió durante 18 días sin presentar complicaciones.

No existe razón valedera para que termine muerta la paciente de un momento a otro por paro cardio respiratorio, especialmente cuando se trataba de una mujer de 18 años de edad.

Según la historia clínica, la señorita CONTRERAS CARDONA ingresa a la Unidad de Atención Hospitalaria el 22 de mayo de 2008 y presenta los siguientes resultados clínicos según evaluación al tratamiento diario así:

Fecha	Evento
2008/05/22	Ingresa a la unidad hospitalaria con diagnóstico de politraumatismo. Ordenan Rx del tórax y ecografía del abdomen. FI 11 Existe herida superciliar izquierda suturada. FI 13 respaldo anota como diagnóstico: Trauma en cara, herida zona supraciliar izquierda. Sangrado. Sin



REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO SESENTA (60) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO

-SECCIÓN TERCERA-
BOGOTÁ D.C.

Fecha	Evento
	pérdida de consciencia. FI 61 Herida facial sin fracturas. FI 63 Respaldo. Reciben paciente sin complicaciones; despierta, Consciente y con edema parpebral FI. 98
2008/05/23	Informe de laboratorio FI 21 a 32. Paciente con vértebras bien, cardíaco bien, pulmonar bien, buena ventilación, abdomen y pelvis bien, consciente, orientada, no focalización pupilas. FI. 61 Respaldo
2008/05/24	Se recibe paciente despierta, acostada sin cambios, durmiendo a intervalos. FI. 100
2008/05/25	Reciben paciente en camilla, afebril, despierta, orientada, consciente. FI. 101
2008/05/26	Se recibe paciente en camilla consciente, despierta, orientada FI 202
2008/05/27	Se recibe paciente en camilla, afebril, despierta, orientada, conciente. FI 103
2008/05/28	Empieza a presentar cuadros febriles. FI 3, alerta, candente, orientada en tiempo, lugar y personas. FI 65
2008/05/29	Le diagnostican trauma cerrado de tórax, trauma abdominal. FI. 3 Se observa imagen anecóica en el espacio perirenal izquierdo, en relación con probable hematoma, a este nivel, FI 73 alerta, consciente, orientada en tiempo, lugar y personas FI. 105
2008/05/30	Es trasladada a pisos sin que presente cuadros clínicos notorios. FI.3
2008/06/01	Paciente con pupilas normales, con oxígeno, se le practica Angiotac, cardiograma y endoscopia abdominal, presenta sangrado vaginal escaso. FI. 114 respaldo
2008/06/02	Paciente estable hemodinámicamente sin requerimiento de soporte inotrópico, con riesgo de falla ventilatoria. FI 56 Se le ofrece dieta blanda y la tolera, queda en cama, consciente, alerta. FI 118 respaldo
2008/06/03	Paciente estable hemodinámicamente, sin esfuerzo ventilatorio, sin episodios de sangrado digestivo. FI 56. Paciente con pupila en 2 mm, duerme a intervalos, acepta dieta consciente, orientada. FI 122 Respaldo y FI 123
2008/06/04	Se aprecia orden del médico para terapia respiratoria. FI. 10. Según exámenes físicos y procedimientos, la paciente sale de cuidados intensivos, consciente y orientada en tres esferas, abdomen blando, se mantiene estable termodinámicamente. FI 16. Paciente acepta y tolera dieta. FI 34 Respaldo. Tórax hematoma en región delto pectoral izquierda, ruidos cardiorítmicos regulare sin frote pericárdico, sin soplos, ruidos respiratorios murmullo vesicular normal. Abdomen blando depresible no irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes. FI.54. Paciente estable hemodinámicamente sin esfuerzo ventilatorio. Sin episodios de sangrado digestivo. Se decide trasladarla a estancia general. FI.56
2008/06/05	Paciente manifiesta sufrir dolor torácico desde el día del accidente. FI.19, paciente despierta, alerta, orientada, deprimida, acepta bañarse cuando llegue la mamá, acepta dieta y la tolera. FI 36 Respaldo
2008/06/06	Comienza a presentar deterioro progresivo. FI. 3 Se encuentra paciente despierta y alerta con soporte de oxígeno. FI 18. Se levanta a la ducha y se observa olor fétido, el médico manifiesta que la paciente se encuentra estable. FI 37 Respaldo. La ecografía evidencia contusión miocárdica y derrame pericárdico, remisión por dolor cefalea y dolor abdominal. FI 40. Sale de la sala de cuidados intermedios, por mejoría en su cuadro clínico, presenta dolor abdominal, FI 41
2008/06/07	Al FI 5 se observa el cuadro de control de signos vitales sin alteraciones notorias. Al respaldo del FI 5 se observa entre otros: 10:15 Es valorada por medicina interna, dejan órdenes sin sellos 13:00 Acepta ingestión vía oral 19:00 La paciente permanece en cama tranquila. Se observa edema en brazo izquierdo – abdomen distendido, poco colaboradora e irritable.



Fecha	Evento
	Al respaldo del folio 5 a la señora ISAUURA CARDONA, madre de la paciente, se le sugiere el cambio de institución porque el Hospital no tenía camas disponibles en cuidados intensivos. Presenta dolor a la palpación abdominal, dilatación ventricular derecha y derrame pericárdico. FI 19 respaldo. Presenta disfunción respiratoria. FI 20. Paciente con abdomen blando con dolor a la palpación, se percibe olor fétido e la orina, paciente que referencian para la UCI pero no hay disponibilidad de camas. FI 44. Se inicia control de antibióticos.
2008/06/08	Paciente pasa de PSIO AUCI INT, cumple tope de la entidad Seg. del Estado – Fosyga va por \$2-23-5401 OK ojo va para tope total. A FI 9 se encuentra registro de la solicitud de remisión, ocurriendo el deceso a las 12:30 horas por paro cardiaco.

No existe eximente de responsabilidad para el Hospital cuando esa entidad había pedido a la madre de la paciente que buscara una nueva institución para el traslado dado que no había camas disponibles, cuando sabían que la paciente ya estaba agónica, requería de cuidados intensivos y era falso que no existían camas disponibles, lo que sucedía era que el cupo en pesos que cubría el SOAT ya había llegado a su máximo tope y como directamente no podían sacar del hospital a la accidentada, lo hacían de esa manera que era menos notoria, por lo que finalmente termina muerta.

Tampoco puede existir eximente de responsabilidad para el demandado cuando a sus instalaciones llega una paciente herida en accidente de tránsito, con leves heridas contusas en la cara y en la clavícula que no requerían de mayor esfuerzo para su curación, a excepción del sigiloso tratamiento antibiótico que desde la misma llegada requerían las heridas internas causadas para que no se infectaran como en efecto se infectaron y que resultaron imposibles de controlar con el tardío tratamiento iniciado.

Es fácil deducir que, aunque los médicos de la demandada dieron por sentado que la muerte finalmente ocurrió por paro cardio respiratorio, la causa en la historia clínica corresponde a la invasión infecciosa incubada durante más de 18 días, causada por la ausencia de un tratamiento de limpieza y control antibiótico con cirugías abiertas si fuera del caso, que los médicos solamente intentaron cuando ya no había nada que hacer.

La demandada sometió a la paciente a un riesgo inminente, irresistible e innecesario como consecuencia de su impericia y negligente proceder, además de que no le brindó los servicios necesarios y suficientes para superar el trauma causado por el accidente, pudiéndolo hacer.

3.2 PRETENSIONES

Las pretensiones de la demanda son las siguientes:

"Primero: Declarar a LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO-HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY NIVEL III DE BOGOTÁ, administrativa y civilmente responsables de indemnización integral, por los daños morales y perjuicios materiales causados a NOEL CONTRERAS BEJARANO, ISAUURA CARDONA RUIZ, MAICOL CONTRERAS CARDONA Y ALICIA RUIZ DE CARDONA, los dos primeros en nombre propio como progenitores y en representación de sus menores hijos: JIMENA y ROBINSON NOEL CONTRERAS CARDONA, el tercero como hermano y la cuarta como abuela de la obitada YEHIMI MARISOL CONTRERAS CARDONA, inicialmente lesionada en accidente de tránsito el día 22 del mes de Mayo de 2008 a las 22:20 horas en la Carrera 79 No. 42-50 Sur, Localidad de Kennedy de esta ciudad, cuando al paso veloz de la buseta de servicio público de placas SEB-622, afiliada a Compañía Integral



de Transportadores PENSILVANIA S.A. "Cotranspensilvania S.A." conducida por EDWAR JOVANY GONZÁLEZ PACHÓN C.C. No. 79.884.603, la arrolló.

La FALLA MÉDICA, ERROR MÉDICO O ERROR ADVERSO, es atribuible a los médicos tratantes de la Empresa Social del Estado – HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY – NIVEL III DE BOGOTÁ, por el probado descuido y negligente proceder, demostrado durante el tiempo en que la trataron médicamente, si se tiene en cuenta que la paciente entró a la unidad hospitalaria por una simple fractura en la clavícula, estable, conciente, animada en buen estado general y así permaneció allí por más de dieciocho (18) días, cuando repentinamente se agravó y murió, presuntamente como consecuencia de la retardada detección de una infección interna, invasiva y generalizada de los tejidos blandos, aleñados a la zona de las fracturas sin que los galenos hayan hecho nada para detectarla o aliviarla, estando obligados a hacerlo y que cuando la detectaron era demasiado tarde, haciéndose incontrolable y porque la paciente estaba invadida letalmente.

Igualmente, la falla médica deviene agravada, si se tiene en cuenta que una vez detectaron que el monto de dinero que podía cubrir el SOAT se había agotado; la unidad médica así lo registra en la historia clínica y trata de deshacerse de la paciente, remitiéndola sin razón aparente a otra unidad hospitalaria, precisamente en el momento en que se agrava, como consecuencia de infección crónica, incontrolada por los médicos responsables del tratamiento, quienes no hicieron lo necesario para evitar la obvia infección que se presente en estos casos y que cuando lo intentaron, ya era demasiado tarde.-

La falla Médica se tipifica, por impericia y marcada negligencia de los galenos responsables del tratamiento inicial, puesto que no previeron la descomposición de los tejidos destruidos en las áreas de las fracturas tales como el tórax y abdomen, ya que por descuido no controlaron la infección específicamente ocasionada por las lesiones sufridas en la fractura de la clavícula, lesionando órganos vitales internos que por no haber sido controlados asépticamente de manera efectiva y oportuna, invadieron tejidos blandos y mucosos, los cuales después de cierto tiempo se hicieron clínicamente resistentes a los medicamentos; esto quiere decir que existe responsabilidad médica del ente estatal demandado, ya que la Señorita YEHIMI MARISOL CONTRERAS CARDONA ingreso al Empresa Social del Estado-Hospital Occidente de Kennedy Nivel III de Bogotá, en perfecto estado de salud, excepto las lesiones, tal como lo indica la ficha médica de ingreso, previo el resultado de los exámenes que le realizaron para darla de alta.

Si bien es cierto que al ingresar a la Institución Hospitalaria presentaba algunas contusiones causadas por el accidente de tránsito, todas ellas eran leves, previsibles y controlables clínicamente por los médicos, puesto que cualquier neófito en la medicina, sabe que el dolor propio de estas afecciones se trata con sedantes, cuyo efecto hace imperceptible la infección que lentamente invade los tejidos mucosos y una vez invadidos por la infección, se hacen incontrolables y letales; hecho este indicativo del craso descuido y riesgo innecesario a que fue expuesta la paciente. Tal proceder, torna en obligatorias las respectivas indemnizaciones deprecadas, para reparar los daños y perjuicios causados a todo nivel, a sus deudos; puesto que sus familiares jamás pensaron que habiendo ingresado la paciente en óptimas condiciones de salud, excepto la contusiones y fracturas, fuera a salir sin vida por causas ajenas a las que entró para ser tratada, permaneciendo allí por un periodo de 18 días en franca mejoría, para terminar regresándola inesperadamente muerta al seno de su familia.-



Es claro que esto no hubiera ocurrido de no haber sido arrollada por el vehículo antes descrito, el cual a gran velocidad, a altas horas de la noche, sobrepasando el semáforo en rojo, invadió el carril contrario sobre el que se que se desplazaban vanos transeúntes, entre ellos la occisa, no solo atropellándola, sino que de contera emprendió la huida, teniendo que ser obligado a parar por los propios pasajeros, para luego ser aprehendido el conductor por uno de los ciudadanos que presenciaron el accidente; pero también es claro que el deceso no hubiera ocurrido de no haber sido por el marcado descuido, impericia y negligencia con que fue tratada la paciente, agravado por la inobservancia de todos los protocolos clínicos de atención y cuidado hospitalario que debió brindársele a la paciente que apenas frisaba los 18 años de edad cuando ingresó a la unidad hospitalaria, quien solo "daba muestras de lesiones leves y en estado de conciencia lucido y controlado"

SEGUNDO. Que como consecuencia de la anterior declaración se condene a Empresa Social del Estado – Hospital OCCIDENTE DE KENNEDY – NIVEL III DE BOGOTÁ, a pagar en forma solidaria la indemnización integral por los daños morales y perjuicios materiales causados a NOEL CONTRERAS BEJARANO, ISAURA CARDONA RUIZ, MAICOL CONTRERAS CARDONA Y ALICIA RUIZ DE CARDONA, los dos primeros en nombre propio como progenitores y en representación de sus menores hijos: JIMENA y ROBINSON NOEL CONTRERAS CARDONA, el tercero como hermano y la cuarta como abuela de la obitada; a cada uno de los demandantes, los siguientes rublos:

1. -POR DAÑOS MORALES.

Indemnización para las siguientes personas:

1.- Para mi poderdante, Señor NOEL CONTRERAS BEJARANO padre de YEHIMI MARISOL CONTRERAS CARDONA, la suma que más convenga al demandante, entre el equivalente a (100) salarios mínimos legales mensuales vigentes o mil (1.000) gramos de oro puro, al valor vigente para la época en que se dicte la sentencia.-

2. -Para ISAURA CARDONA RUIZ madre de YEHIMI MARISOL CONTRERAS CARDONA, la suma que más convenga a la demandante, entre el equivalente a (100) salarios mínimos legales mensuales vigentes o mil (1.000) gramos de oro puro, al valor vigente para la época en que se dicte la sentencia.-

3. -Para MAICOL CONTRERAS CARDONA hermano de YEHIMI MARISOL CONTRERAS CARDONA, la suma que más convenga al demandante, entre el equivalente a (75) salarios mínimos legales mensuales vigentes o (750) gramos de oro puro, al valor vigente para la época en que se dicte la sentencia.

4. -Para ALICIA RUIZ DE CARDONA abuela de la víctima (sic), la suma que más convenga a la demandante, entre el equivalente a (75) salarios mínimos legales mensuales vigentes o (750) gramos de oro puro, al valor vigente para la época en que se dicte la sentencia.-

5. -Para JIMENA CONTRERAS CARDONA hermano de YEHIMI MARISOL CONTRERAS CARDONA, la suma que más convenga al demandante, entre el equivalente a (75) salarios mínimos legales mensuales vigentes o (750) gramos de oro puro, al valor vigente para la época en que se dicte la sentencia.-



6. -A ROBISON NOEL CONTRERAS CARDONA hermano de YEHIMI MARISOL CONTRERAS CARDONA, la suma que más convenga al demandante, entre el equivalente a (75) salarios mínimos legales mensuales vigentes o (750) gramos de oro puro, al valor vigente para la época en que se dicte la sentencia.

B. -Que las sumas indemnizatorias a que fueren condenados los demandados, devengan intereses, comerciales corrientes durante los seis (6) meses siguientes a la ejecutoria del fallo y moratorios después de de (sic) ese tiempo (Art. 177, inciso 5; del C.C.A; Art.1635 del C.C.).

2.-DAÑOS MATERIALES

a) -Daño Emergente

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

En subsidio:

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

b) - Lucro Cesante

1.- Se liquidara a favor de los perjudicados, Señores: NOEL CONTRERAS BEJARANO, ISAURA CARDONA RUIZ, MAICOL CONTRERAS CARDONA, ALICIA RUIZ DE CARDONA, JIMENA CONTRERAS CARDONA y ROBISON NOEL CONTRERAS CARDONA, incluyendo los intereses del capital representativo de la indemnización, según el Art. 1615 del C. C., debido a los demandantes desde el día 22 de Mayo de 2008, debiendo ser pagado lo mismo que el capital en pesos de valor constante, las sumas que YEHIMI MARISOL CONTRERAS CARDONA, devengaba como empleada del restaurante KOKIBROST de propiedad del Señor JHON FREDY MARIN PARRA, donde trabajaba devengando en promedio la suma de \$450.000,00, como mesera con contrato a término indefinido, suma dejada de percibir en razón a las lesiones causadas en accidente de tránsito y posterior muerte por falla médica de los galenos tratantes de la Empresa Social del Estado-HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY-NIVEL III DE BOGOTÁ, habida cuenta que la edad al momento del insuceso era de 18 años, 9 meses (30-SEP-89 a 08-JUN-2008).-

2.-LOS daños resultantes por la perdida (sic) de la ayuda económica que venía aportando mi poderdante a sus padres, hermanos y abuela NOEL CONTRERAS BEJARANO, ISAURA CARDONA RUIZ, MAICOL CONTRERAS CARDONA, ALICIA RUIZ DE CARDONA, JIMENA CONTRERAS CARDONA y ROBISON NOEL CONTRERAS CARDONA, representaba un 75% del sueldo devengado para la época del accidente o el que resulte de las bases que se demuestren en el transcurso del proceso, debidamente reajustado su valor desde el día del accidente de YEHIMI MARISOL CONTRERAS CARDONA, hasta la fecha de ejecutoria de la sentencia; se debe pagar la indemnización que se dividirá en debida o consolidada y futura, capitalizada según las tablas de la matemática financiera, así como los intereses, agencias y costas de las sumas que se piden y se lleguen a probar.



En Subsidio:

Si no hubiere en los autos bases suficientes para la determinación matemática de lo que vale la frustración de la ayuda económica que la occisa venía aportando a sus padres, abuela y hermanos; el Señor Juez por razones de equidad se servirá fijarlo en el equivalente en pesos de la fecha de ejecutoria de la sentencia de (493 S.M.M.L.V.), dándole aplicación a los artículos 4o y 8o de la ley 153 de 1887, en concordancia con lo establecido en el Código Penal, el equivalente deberá repartirse proporcionalmente, acorde con el grado de parentesco probado, entre los demandantes.

Lo anterior, teniendo en cuenta:

-La vida laboral probable de la víctima, según la tabla de supervivencia aprobada por el Instituto de los Seguros Sociales.

-Actualizada dicha cantidad según la variación porcentual del Índice de Precios al Consumidor existentes en el mes de Mayo de 2008 y a la fecha en que quede ejecutoriada la sentencia o el auto que liquide los perjuicios materiales.

-La fórmula matemática financiera aceptada por el Honorable Consejo de Estado, teniendo en cuenta la indemnización de vida causada o consolidada y la futura."

4. LA DEFENSA

La institución accionada descurre el traslado de la siguiente forma:

4.1 ACERCA DE LOS HECHOS RELEVANTES

Respecto de los hechos de la demanda la accionada manifiesta que no son ciertos, no le constan o corresponden a apreciaciones subjetivas.

4.2 ACERCA DE LAS PRETENSIONES

La parte demandada se opuso expresamente a la prosperidad de las pretensiones de la demanda.

4.3 EXCEPCIONES

Como excepción fue propuesta la de culpa exclusiva de la víctima, pues de conformidad con lo indicado en la historia clínica y se infiere en el acta del comité técnico científico donde se estudió el caso, dentro de los exámenes paraclínicos solicitados era necesario realizar una endoscopia, examen que habría sido efectivo porque con gran posibilidad de éxito se habría diagnosticado la patología de la paciente.

4.4 RAZONES DE LA DEFENSA

Explica el Hospital que se trata de una paciente de 18 años que ingresa por urgencias el 22 de mayo de 2008 como lesionada en accidente de tránsito al ser arrollada por una buseta, con posible alteración del estado de conciencia durante tiempo no especificado.



Al momento de ingreso de la paciente, no fue clara al referir el cuadro clínico ni sus antecedentes. El examen físico evidenció Glasgow 14/15 sin focalización, con equimosis y edema periorbitario derecho, herida supraciliar izquierda, dolor a la palpación malar bilateral, dolor a la palpación de tercio medial de clavícula izquierda, sin deformidad evidente ni déficit distal de la extremidad, con impresión diagnóstica inicial de:

1. Trauma facial
2. Trauma craneoencefálico a determinar
3. Trauma cervical
4. Fractura de clavícula izquierda

Es valorada por el servicio de Cirugía maxilofacial, quienes realizan valoración y sutura de herida sin complicaciones, cierran interconsulta. También es valorada por el servicio de Ortopedia con iguales hallazgos, por lo que solicitan radiografías, confirmándose fractura de clavícula izquierda, iniciando manejo con cabestrillo en miembro superior izquierdo.

Además fue valorada por el servicio de neurocirugía quien encuentra la paciente somnolienta pero alertable al llamado, orientada en las tres esferas, con equimosis periorbitaria bilateral, hematoma palpebral bilateral, pupilas simétricas y reactivas, no se evidencian fístulas de líquido cefalorraquídeo ni déficit de pares craneanos, tampoco focalización. Valoran resultado de TAC cerebral encontrando fractura de pared anterior de seno frontal, no hay hematomas intracraneanos, radiografía de columna cervical normal. Establecen impresión diagnóstica de:

1. Trauma cráneo encefálico, conmoción cerebral.
2. Trauma facial

Retiran el collar cervical y solicitan seguimiento neurológico que se realiza durante los días 23, 24, 25, 26 y 27 de mayo de 2008, encontrándola parcialmente desorientada en tiempo, sin signos de focalización ni deterioro neurológico, pero con persistencia de hallazgos palpebrales que limitan la apertura ocular.

El 27 de mayo cursa con mejoría del estado neurológico con Glasgow 15/15, alerta y orientada desde dos días antes, se decide dar de alta, pero cursa un pico febril, dolor torácico y cefalea asociada a tos húmeda, odinofagia y disfonía pero al examen físico solo se cuantifica una temperatura de 39.5 grados centígrados, orofaringe congestiva, taquipnea superficial, dolor a la palpación costocondral izquierda, en ese momento la madre refiere infecciones de vías urinarias previas y en el momento cursaba sintomatología relacionada por lo que se suspende la salida de la paciente, se solicitan para clínicos y se inicia analgésico.

En evoluciones posteriores se establece que la disfonía era de curso crónico desde hacía 2 años aproximadamente y se encuentra que la paciente no usa el cabestrillo y no mantiene inmovilizado el miembro superior izquierdo.

Además, ante la mejoría neurológica y resultados de paraclínicos en los que se evidencia trombocitopenia y síndrome anémico normocítico, normocrómico y lifopenia, se solicita antes del 29 de mayo interconsulta con medicina interna y terapia respiratoria, quienes inician seguimiento clínico y paraclínico, con radiografía de tórax sugestiva de hipertensión precapilar, pruebas de coagulación prolongadas. Se reinterroga a la paciente encontrando antecedentes:

- Hepatitis B a los 5 años



- Várices esofágicas manejadas con escleroterapia
- Migraña

Al examen físico encontraron paciente alerta, con lenguaje verbal confuso, apertura ocular espontánea, obedece órdenes sencillas, movilidad y reflejos conservados.

El electrocardiograma con trastorno de repolarización ventricular, progresión de onda R, inversión asimétrica de onda R en derivaciones precordiales y con gases arteriales que evidencian alcalosis compensada, se consideró a la paciente con contusión miocárdica, dilatación ventricular derecha y derrame pericárdico, solicitándose entonces ecografía abdominal total, ecocardiograma, hemocultivos así como interconsulta al servicio de cirugía general y unidad de cuidado intensivo.

La ecografía abdominal del 29 de mayo de 2008 mostró imagen sugestiva de hematoma en el espacio perirrenal izquierdo, sin otros positivos.

La paciente no autorizó realización de endoscopia y dado que no se evidenciaba sangrado digestivo, se postergó su realización hasta el 2 de junio de 2008, estableciendo diagnóstico:

1. Várices esofágicas
2. Panpstritis erosiva

El ecocardiograma del 4 de junio de 2008 reportó como conclusión signos de conmoción cardiaca con dilatación y compromiso ventricular derecho, derrame pericárdico leve e hipertensión pulmonar.

El servicio de cirugía general determina alto riesgo de arritmia por contusión miocárdica, deciden monitoreo continuo, paraclínicos (troponina T negativa, CK y CK-MB negativas, bilirrubinas elevadas, transaminasas elevadas, albúmina disminuida, glicemia elevada, PCR elevada, gases arteriales y hemograma similar a los iniciales) y analgesia. La UCI consideró paciente con politrauma cerrado quien estaba desarrollando infección respiratoria aguda, anasarca de causa no calara, compresión por posible hematoma a definir estableciendo que sí requería manejo en UCI, pero por el momento no había disponibilidad de camas por lo que se recomendó la remisión a otra institución sugiriendo monitoria invasiva – catéter central y control estricto de signos vitales y de líquidos administrados y eliminados.

Ingresa a la UCI en la noche del 31 de mayo de 2008 por disponibilidad de cama, iniciando manejo diagnóstico por politraumatismo, trauma cerrado de tórax y abdomen, trauma cráneo encefálico y facial, contusión miocárdica, hematoma perirrenal izquierdo, fractura de clavícula izquierda y fractura de seno frontal izquierdo, pancitopenia y síndrome febril a estudio y antecedente por historia clínica de hepatitis B, para monitoria y vigilancia hemodinámica sin requerimiento de soporte ventilatorio mecánico ni vasopresor o inotrópico, con muy buena evolución clínica por lo que egresó el 4 de junio de 2008 a estancia general en pisos, donde cursó con mejoría clínica retirándosele sonda vesical e iniciando destete de oxígeno, pero el 6 de junio de 2008 cursa con dolor y distensión abdominal y dificultad respiratoria pero al examen físico se encontró paciente en anasarca sin agregados pulmonares, ruidos cardiacos con galope, abdomen con onda ascítica, por lo que se inicia restricción hídrica, control estricto de líquidos y paraclínicos. Se revisó resultado de hemocultivos tomados el 29 de mayo de 2008 con resultado positivo para *Staphylococcus Aureus* y urocultivo también el 29 de mayo de 2008 con resultado positivo para *Citrobacter Freundii* Complex, motivo por el que se inició manejo antibiótico con piperacilina/tazobactam y vancomicina.



El 7 de junio de 2008 reinicia con desorientación sin más deterioro neurológico, solicitando nuevas valoraciones por neurología, medicina interna y UCI, cirugía general intenta paso de catéter venoso con imposibilidad bilateral para paso de guía, por lo que no es posible realizar el procedimiento. En la madrugada del 8 de junio la paciente cursa con deterioro marcado de su estado general, con signos clínicos de falla ventilatoria inminente, con signos de respuesta inflamatoria sistémica, realizando intubación orotraqueal y soporte hemodinámico con paso de catéter subclavio izquierdo, iniciándose trámite de remisión para UCI por no disponibilidad de camas en el momento pero la paciente continua en pésimo estado general a pesar de la ventilación mecánica y soporte inotrópico y vasopresor, presentando paro cardíaco que inicialmente respondió a maniobras pero finalmente y después de 30 minutos sin responder, la paciente fallece.

Conforme lo anterior, no es posible afirmar que la paciente haya presentado una sepsis producto de una contusión que afectara la cavidad torácica, ya que ningún examen paraclínico ordenado evidenció compromiso o lesión de la misma.

No existían criterios médicos que ameritaran realizar intervención quirúrgica.

La enfermedad tuvo un avance tórpido pues un día, la paciente mejoraba, al siguiente involucionaba para al siguiente día mejorar nuevamente.

5. LLAMADO EN GARANTÍA

La sociedad aseguradora llamada en garantía se pronuncia de la siguiente forma:

5.1 ACERCA DE LA DEMANDA

Respecto de la demanda, la aseguradora plantea su defensa así:

5.1.1 ACERCA DE LOS HECHOS RELEVANTES

Respecto de los hechos de la demanda indica que no le constan y que se atiene a lo que resulte probado en el curso del proceso.

5.1.2 ACERCA DE LAS PRETENSIONES

Considera la sociedad aseguradora que las pretensiones de la demanda no están llamadas a prosperar.

5.1.3 EXCEPCIONES

Como excepciones a la demanda propuso las siguientes:

- **TASACIÓN EXCESIVA DEL PERJUICIO.** La parte actora ha tasado de manera excesiva el perjuicio reclamado en tanto que no está acreditado el perjuicio causado no existe una base cierta para su tasación.

5.2 ACERCA DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

Respecto del llamamiento en garantía, la aseguradora se pronuncia de la siguiente manera:



5.2.1 ACERCA DE LOS HECHOS RELEVANTES

Acepta haber expedido la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil 1003552, siendo asegurado el Hospital Occidente de Kennedy III Nivel, quien debe aportar el original de la póliza, las condiciones generales y particulares de la misma, lo que constituye plena prueba en los términos del Artículo 1046 del Código de Comercio, pues se aportaron simples carátulas de la póliza, por lo que no existe plena prueba del contrato de seguro.

Precisa que para que exista cobertura, se deben dar unos requisitos debidamente pactados en la respectiva póliza, y si existe cobertura, se aplican los valores correspondientes, estando limitado respecto de daños morales en la suma de \$50.000.000 por evento y vigencia y no \$500.000.000 como lo indica el llamante en garantía.

5.2.2 ACERCA DE LAS PRETENSIONES

La sociedad aseguradora se opone expresamente a las pretensiones del llamamiento en garantía.

5.2.3 EXCEPCIONES AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

Propuso la aseguradora las siguientes:

5.2.3.1 FALTA DE COBERTURA DE LA PÓLIZA 1003552 DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLÍNICAS Y HOSPITALES

En la póliza está pactado el siguiente amparo:

"CONDICIONES GENERALES

CONDICIÓN PRIMERA: AMPAROS

AMPAROS CUBIERTOS

1.1 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA:

- a) Previsora se obliga a indemnizar al asegurado por cualquier suma de dinero que este deba pagar a un tercero en razón a la responsabilidad civil en que incurra, exclusivamente como consecuencia de cualquier "acto médico" derivado de la prestación de servicios profesionales de atención en la salud de las personas, de eventos que sean reclamados y notificados por primera vez durante la vigencia de la póliza y hasta el límite de cobertura especificado en las condiciones particulares (salvo actos médicos que queden expresamente excluidos).*
- b) Previsora se obliga a cubrir la responsabilidad civil del asegurado, que provenga de acciones u omisiones de sus empleados y/o de los profesionales y/o auxiliares intervinientes, con relación al "acto médico", en relación de dependencia o no con el asegurado, legalmente habilitados, cuando tales acciones u omisiones resulten en un siniestro que de acuerdo con las condiciones generales de la póliza, produzca para el asegurado una obligación de indemnizar, según se describen el punto a) anterior. En este caso Previsora se reserva el derecho de repetición*



contra los empleados y/o profesionales y/o auxiliares intervinientes, estén o no en relación de dependencia con el asegurado.

- a. *Así mismo Previsora se obliga a dar la cobertura anteriormente descrita al asegurado, en el evento en que el reclamo se produzca como consecuencia de asistencia médica de emergencia a persona o personas, en cumplimiento de una obligación legal y/o un deber de humanidad generalmente aceptado."*

La cobertura de la póliza se otorgó bajo la modalidad POR RECLAMACIÓN o CLAIMS MADE, indicándose expresamente "...de eventos que sean reclamados y notificados por primera vez durante la vigencia de la póliza..."

Esta clase de amparo se otorga de acuerdo a la prerrogativa prevista en el Artículo 4 de la Ley 389 de 1997 – Artículo 1056 del Código de Comercio, que a su tenor dispone:

"En el Seguro de manejo y riesgos financieros y en el de responsabilidad la cobertura podrá circunscribirse al descubrimiento de pérdidas durante la vigencia, en el primero, y a las reclamaciones formuladas por el damnificado al asegurado o a la compañía durante la vigencia, en el segundo, así se trate de hechos ocurridos con anterioridad a su iniciación"

De esta forma, esta póliza solo ampara siniestros que hayan sido reclamados por el asegurado o por la víctima durante la vigencia de la Póliza, es decir, entre el 1 de marzo de 2008 y el 2 de marzo de 2009.

La demanda fue presentada el 21 de abril de 2010 y contestada el 21 de agosto de 2010, fecha para la cual el contrato de seguro ya había finalizado su vigencia, de forma que la aseguradora no puede ser llamada a responder en el presente caso, pues la demandada incumplió su obligación de notificar el accidente dentro de la vigencia del seguro.

5.2.3.2 INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN DE INDEMNIZAR POR PARTE DE LA PREVISORA S.A.

La reclamación fue presentada por fuera de la vigencia de la póliza. Remite a la excepción anterior.

5.2.3.3 CONDICIONES CONTRACTUALES

Debe tenerse en cuenta los amparos y exclusiones contenidas en las condiciones generales y particulares contractualmente pactadas.

5.2.3.4 EXCEPCIÓN GENÉRICA

Pide que se declare de oficio como probada cualquiera que así encuentre el fallador.

6. TRÁMITE

Por medio de auto del 25 de mayo de 2010 se admitió la demanda, se ordenó efectuar la notificación del demandado y de la Agencia del Ministerio Público, se fijó una suma para gastos procesales y la fijación en lista.



Se aceptó el llamamiento en garantía de la sociedad LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS mediante auto del 21 de septiembre de 2010.

Se abrió a pruebas el proceso mediante auto del 11 de octubre de 2011.

La oportunidad para alegar de conclusión se dio de manera común a las partes mediante auto del 15 de noviembre de 2015.

El 30 de junio de 2016 se dictó auto de mejor proveer.

Por auto del 30 de agosto de 2018 se corrió traslado para alegatos de conclusión.

El expediente entró al Despacho para fallo el 24 de septiembre de 2018.

7. ALEGATOS DE CONCLUSIÓN

En la oportunidad para alegar de conclusión las partes se pronunciaron de la siguiente forma:

7.1 PARTE DEMANDANTE

Al momento de alegar de conclusión la parte actora reproduce los hechos consignados en la demanda, pero precisa que fue en el hospital en donde la paciente fue contagiada con la bacteria Estafilococo Áureos y adquirió una infección urinaria por Citrobacter Freundu, lo que ocasionó choque séptico y disfunción orgánica múltiple que finalmente determinó el deceso.

Los signos de infección comenzaron a aparecer hacia el 27 y el 29 de mayo de 2008, y al momento del ingreso no hay registro de signos de infección bacteriana activa. Esto según el dictamen pericial ordenado de oficio por el Despacho al Departamento de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, realizado por el médico internista JOSÉ GUILLERMO RUÍZ RODRÍGUEZ, visible a folios 723 a 728.

En el mismo dictamen se concluyó:

"ingresa el 22/05/2008 con el diagnóstico ya conocido, con antecedentes de cirrosis, Hepática por Hepatitis B, según los datos de la Historia Clínica, a su ingreso no presenta signos de infección, por lo descrito allí, hay picos febriles el 27/05/2008 el cual se repite el 29/05/2008, según valoración por medicina interna Folio 150 y 151 se toman cultivos, Hemocultivos y Urocultivos, los cuales aparecen en los Folios 46-47, muestras 00048625 y 00048624 tomado el 29/05/2008 positivo para Citrobacter Freundii Comolex, de patrón usual, aparece impreso el 03/06/2008, 10:55 am; esta sería la fecha de reporte pero no hay claridad al respecto. Es normal que los cultivos se reporten de manera definitiva o final a los 5 días de incubación."

"La paciente ingresa a la Unidad de Cuidados Intensivos el 31/05/2008 y sale por mejoría, el 04/06/2008, durante su estancia en la UCI no se hace mención de estos cultivos. De allí sale a sala general de cirugía, permanece el 05/06/2008 hasta el 08/06/2008 donde presenta cuadro de choque séptico, disfunción orgánica que termina con el desenlace fatal ya conocido."



Por tanto, del 22/05/2008 al 27/05/2008, NO se evidencia en la historia Clínica que se describieran signos de infección; teniendo presente que los cultivos tomados el 29/05/2008 fue positivo para los gérmenes arriba mencionados, podríamos decir que retrospectivamente, en esta fecha se confirma la presencia de la infección."

Se concluye entonces que la paciente no fallece como consecuencia directa del accidente, sino por la irregular atención médica, falta de seguimiento en el tratamiento, diagnóstico adecuado y tardío, específicamente por falta de aseo y cuidado en el tratamiento, permitiendo la infección con la bacteria de Estafilococo Aureos y una infección urinaria por Citrobacter Freundii, que ocasionó el choque séptico y falla orgánica múltiple que finamente produce el deceso, lo cual se habría podido evitar brindando un tratamiento médico eficaz y un aseo riguroso, exento de bacterias intrahospitalarias, acompañado de una adecuada sepsia de las heridas producidas por la fractura de la clavícula y el tórax que aparentemente fue la que pudo afectar, faltando mayor compromiso profesional por parte de los médicos para la protección de la vida, más importante que la preocupación por el agotamiento del cupo del seguro SOAT, utilizado para garantizar el pago de los gastos hospitalarios, antes que cualquier tratamiento para el dolor, debieron realizarse las cirugías abiertas en el abdomen y tórax para detectar hemorragias y heridas internas que se debieron controlar antes de que la infección avanzara y fuera demasiado tarde, situación que evidencia una flagrante irresponsabilidad de la demandada.

La conclusión a la que se llega en el dictamen pericial ordenado de oficio por el Despacho al Departamento de Medicina de la Universidad Nacional y realizado por el médico internista JOSÉ GUILLERMO RUÍZ RODRÍGUEZ indica lo siguiente:

Preguntado: "¿Por qué fue tratada tardíamente la infección, habiendo permanecido 18 días hospitalizada?"

Contestó: "Como se mencionó anteriormente, desde su ingreso 22/05/2008 hasta el 27/05/2008, que se menciona que presenta fiebre, NO se considera en mi opinión que YEIMI MARISOL CONTRERAS, presentara signos de infección bacteriana en ese periodo, por tanto se considera como una infección asociada a la atención en salud, la cual se conforma retrospectivamente con los Hemocultivos y Urocultivos tomados el 29/05/2008, la paciente se hospitaliza entre otras causas en la Unidad de Cuidado Intermedio por "Pancitopenia y síndrome febril" en las notas de evolución no se registra que continuara con fiebre u otros signos de respuesta inflamatoria sistémica. No hay registro del reporte ni de la interpretación de los cultivos tomados el 29/05/2008. Durante su estancia en cuidado intermedio, NO RECIBIÓ TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO.

El 05/06/2008, ingresa a la sala general a cargo de cirugía general, el 06/06/2008 se anota en la evolución "los Hemocultivos y Urocultivos tomados el 29/05/2008, positivos", solicitan historia clínica antigua para verificar manejo de antibióticos. Fl. 65.

El 7/06/2008 a las 23:00 horas se inicia Piperacilina tazobactam y Vancomicina: Fl. 68.

La paciente continúa la evolución tórpida ya conocida y fallece el 08/06/2008.

No se encuentra en la historia clínica revisada, elementos de Juicio que permitan responder porqué los Hemocultivos y Urocultivos tomados en 29/05/2008, cuyo reporte definitivo al parecer se reporta 5 días después, como es usual, es decir el



03/06/2008, pero solo el 06/05/2008, son consignados en la evolución médica y se inicia el tratamiento antibiótico el 7/06/2008, LO QUE SIGNIFICA COMO SE ANOTÓ EN EL PRIMER INFORME (FL. 15). UN RETRASO EN EL Tratamiento DEL PACIENTE EN SEPSIS Y CHOQUE SÉPTICO. (...)"

Cómo es posible que después de haber entrado la paciente al servicio de urgencias en buen estado de salud en general, afectada de contusiones propias de los leves golpes sufridos, permanezca durante 18 días hospitalizada y termine muriendo a causa de una infección bacteriana que pudo ser controlada con la oportuna aplicación de un antibiótico, acompañado de exámenes rigurosos que hubieran evitado el desenlace fatal, como consecuencia de una infección interna incubada durante 18 días, la cual nunca fue detectada a tiempo y por ende fue diagnosticada y tratada tardíamente.

Se sustenta este hecho con las siguientes pruebas:

1. Copia de la epicrisis de la paciente
2. Historia clínica

La falla médica, error médico o error adverso es atribuible a los médicos tratantes de la demandada, estando probado el descuido y negligente proceder, si se tiene en cuenta que la paciente entró por una simple fractura de clavícula, estable, consciente, animada y en buen estado general, permaneciendo allí por más de 18 días, cuando repentinamente se agrava y muere, presuntamente como consecuencia de la retardada detección de una infección interna invasiva que le condujo a la muerte, sin que el personal médico hubiera hecho algo para detectarla y tratarla a tiempo, a pesar de estar obligados a hacerlo, pues se detectó demasiado tarde, cuando la paciente estaba invadida letalmente por la bacteria *Estafilococo Aureos* y una infección urinaria por *Citrobacter Freund*, lo que ocasiona el choque séptico y disfunción orgánica múltiple que finalmente determina el deceso.

Igualmente deviene agravada la falla médica si se tiene en cuenta que una vez se detectó que el monto de dinero que podía cubrir el SOAT se había agotado, se determinó sacarla de cuidados intensivos aduciendo falta de camas, pidiendo a la familia la remisión a otra institución hospitalaria donde pudiera ser tratada con gastos a cargo del SISBEN del padre, la demandada así lo registra en la historia clínica y trata de deshacerse de la paciente, remitiéndola sin razón a otra unidad hospitalaria, precisamente en el momento en que se agrava, como consecuencia de la infección orgánica adquirida en dicha unidad hospitalaria.

La falla médica se tipifica por impericia y marcada negligencia de los médicos responsables del tratamiento inicial, pues por físico descuido no detectaron la infección bacteriana adquirida dentro del hospital, y al no haberla detectado ni tratado oportunamente permitiendo el avance de la misma y el fatal desenlace.

Respecto del nexo causal, la parte actora reitera los hechos e indica que se concluye que la paciente fallece por falta de un adecuado y oportuno seguimiento de la infección de la bacteria *Estafilococo Aureos* y una infección urinaria por *Citrobacter Freund*, lo que ocasiona un choque séptico y disfunción orgánica múltiple.

Se concluye sin duda que al ingreso de la paciente al Hospital Occidente de Kennedy para ser tratada por algunos hematomas, golpes y moretones, producto del accidente sufrido, ninguna de estas afecciones era letal, la paciente estuvo consciente de preguntar si los golpes recibidos en la cara le iban a quedar como secuelas permanentes, pues de haber sido grave, por ejemplo el golpe en el cráneo, hubiera muerto instantáneamente, pero no fue así, permaneció 18 días rotando entre los pisos de cuidado general, la Unidad de



Cuidados Intermedios, la Unidad de Cuidados Intensivos, una remisión a otra institución de salud un alta para ir a casa, frustrándose todo cuando como consecuencia del impreciso y tardío diagnóstico, dejando pasar el tiempo hasta que murió sin ser tratada de la infección, produciéndose el choque séptico y disfunción orgánica múltiple.

La realización de la endoscopia fue pospuesta sin razón aparente, siendo realizada cuando el estado de salud de la paciente ya estaba comprometido por cuadros sépticos infecciosos en avanzado estado de putrefacción, hasta el punto que al ser realizada el 2 de junio de 2008, se detectan bacterias *Staphylococcus aureus* y *Citrobacter freundii*, que a pesar de haber sido tratados, ya era tarde debido al extenso lapso de tiempo transcurrido sin tratamiento oportuno.

No puede ser atribuida la muerte a los antecedentes de hepatitis B, pues si bien existían desde que la paciente tenía 5 años, no era posible que luego de que transcurrieran más de 15 años desde el diagnóstico y tratamiento, se incurra en el facilismo médico de decir que tuvo algo que ver, pues no aparece científicamente demostrado que ello haya sucedido. Lo que sí está probado es que antes de que se atendiera a la paciente como es debido, a pesar del avanzado estado de deterioro, fue remitida a otra entidad de salud, so pretexto de la inexistencia de disponibilidad de camas en la UCI, siendo que la remisión obedecía a que el cupo del SOAT ya estaba agotado, de forma que no convenía tenerla más tiempo allí.

La víctima perdió la vida por la irregular atención médica, falta de tratamiento calificado, diagnóstico oportuno y adecuado, lo que permitió que la infección causada por la bacteria estafilococo áureos y una infección urinaria causada por *Citrobacter freundii*, resultara en choque séptico y disfunción orgánica.

De las declaraciones rendidas se evidencia que existían al interior del núcleo familiar demandante unas buenas relaciones interpersonales, destacándose que la madre de la paciente sostuvo al ser interrogada por el Despacho que efectivamente se le sugirió el traslado de la paciente a otro centro asistencial con SISBEN.

Respecto del dictamen de Medicina Legal, la parta actora explica que al ser interrogado sobre la causa científica de la muerte de la paciente, elude dar respuesta y se remite a la necropsia que nada precisa al respecto, pues allí simplemente se consignó que se trata de una mujer de 18 años que fallece por falla multiorgánica como consecuencia de politraumatismo contundente sufrido en accidente de tránsito, cosa que no es cierta porque nada explica un fenómeno acaecido de forma extraña, donde la paciente en el accidente solo sufre moretones, hematomas, equimosis y fractura de clavícula, permaneciendo hospitalizada 18 días, durante los primeros 17 permaneciendo estable y en franca mejoría, pero en el último día, cuando estaba lista para ser dada de alta empeora y fallece el 8 de junio de 2008 sin que se sepa la causa según los médicos. Este dictamen de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia concluye que fueron la *"bacteria ESTAFILOCOCO AUREOS y una infección urinaria causada por CITROBACTER FREUND, lo que ocasiona el choque séptico y disfunción orgánica múltiple que finalmente determina su deceso."*

En la parte conclusiva se advierte que es una mujer joven con una hepatopatía que quizá sufrió a los 5 años pero nunca más se volvió a presentar, en cuanto al trauma craneoencefálico no se probó alguna afectación, solo un golpe en el seno nasal sin complicación alguna; se habla de una conmoción cerebral que si existió, fue incipiente, pues durante los 18 días siguientes al accidente de tránsito no hubo manifestación alguna al respecto, tal como queda probado, pues la paciente permanece consciente y estable.



En cuanto a la contusión cardíaca y pulmonar, de haberse presentado, fue leve, pues la paciente no habría permanecido con vida y sin manifestaciones si hubiera sido de otra forma. La única fractura fue de clavícula que fácilmente fue superada sin consecuencias. Fue el foco infeccioso lo que ocasiona el choque séptico y la disfunción orgánica múltiple lo que determina el deceso, pues su descubrimiento fue tardío, dado que se produjo un avance durante 18 días sin control, siendo bien sabido que una falla multiorgánica conlleva a paro cardiorrespiratorio, falleciendo el individuo sin que sea la causa efectiva que conlleva al desenlace fatal.

A manera de conclusión final, el dictamen de la Universidad Nacional de Colombia indica que la paciente fallece a consecuencia de la infección de estafilococo áureos y una infección urinaria por citrobacter freundii, lo que ocasiona el choque séptico que finalmente determina el deceso, la que fue adquirida en el hospital, detectada en la paciente pero tratada tardíamente. Se destaca:

"Como se mencionó anteriormente, desde su ingreso 22/05/2008 hasta el 27/05/2008, que se menciona que presenta fiebre, NO se considera en mi opinión que YEIMI MARISOL CONTRERAS, presentara signos de infección bacteriana en ese periodo, por tanto se considera como una infección asociada a la atención en salud, la cual se conforma retrospectivamente con los Hemocultivos y Urocultivos tomados el 29/05/2008, la paciente se hospitaliza entre otras causas en la Unidad de Cuidado Intermedio por "Pancitopenia y síndrome febril" en las notas de evolución no se registra que continuara con fiebre u otros signos de respuesta inflamatoria sistémica. No hay registro del reporte ni de la interpretación de los cultivos tomados el 29/05/2008. Durante su estancia en cuidado intermedio, NO RECIBIO TRATAMIENTO ANTIBIOTICO.

El 05/06/2008, ingresa a la sala general a cargo de cirugía general, el 06/06/2008 se anota en la evolución "los Hemocultivos y Urocultivos tomados el 29/05/2008, positivos", solicitan historia clínica antigua para verificar manejo de antibióticos.FI.65. El 7/06/2008 a las 23:00 horas se inicia Piperacilina tazobactam y Vancomicina: FI.68. la paciente continúa la evolución tórpida ya conocida y fallece el 08/06/2008.

No se encuentra en la historia clínica revisada, elementos de juicio que permitan responder porqué los Hemocultivos y Urocultivos tomados en 29/05/2008, cuyo reporte definitivo al parecer se reporta 5 días después, como es usual, es decir el 03/06/2008, pero solo el 06/05/2008, son consignados en la evolución médica y se inicia el tratamiento antibiótico el 7/06/2008, LO QUE SIGNIFICA COMO SE ANOTÓ EN EL PRIMER INFORME (FL.15). UN RETRASO EN EL TRATAMIENTO (sic) DEL PACIENTE EN SEPSIS Y CHOQUE SEPTICO.

Respecto de las causales exonerativas de responsabilidad, precisa la parte actora que ninguna de ellas resultó probada, de forma que las pretensiones de la demanda deben ser despachadas de forma favorable.

7.2 PARTE DEMANDADA

La parte demandada hace un extenso recuento del contenido de la historia clínica alegando que de su contenido se deduce que la paciente recibió toda la atención posible y necesaria para el tratamiento de la patología que presentaba.



Respecto de la prueba testimonial, destaca la declaración rendida por el médico intensivista IVÁN KATIME, quien se pronunció sobre la atención médica recibida por la paciente respecto de los traumas presentados, el ingreso a la Unidad Hospitalaria producto de un accidente de tránsito, permaneciendo al cuidado de médicos especializados como los doctores CARLOS LAGUADO y JAVIER MOZO.

Refirió que el diagnóstico de la paciente correspondía a politraumatismo, trauma cerrado de abdomen y tórax, trauma craneoencefálico, traumas faciales de seno frontal y clavícula izquierda, contusión miocárdica y pulmonar, diagnóstico que era severo, y que podía complicarse por la hepatitis b diagnosticada desde los 5 años de edad.

Se refirió que la pancitopenia, las várices esofágicas y gastropatía eran enfermedades crónicas de la paciente.

Agrega que la cirrosis puede producir todos los síntomas que aparecieron en el electrocardiograma (hipertensión pulmonar y contusión mórdica), pudiendo asegurarse que no son producto del trauma, es decir, que ya tenía complicaciones cardíacas desde antes. La prueba testimonial cobra gran importancia en la medida en que aclara el diagnóstico médico de la paciente junto con su estado crónico de hepatitis B, várices esofágicas y gastropenia.

DE LA LITERATURA MÉDICA

HEPATITIS B

Datos y cifras

- La hepatitis B es una infección vírica del hígado que puede dar lugar tanto a un cuadro agudo como a una enfermedad crónica.
- El virus se transmite por contacto con la sangre u otros líquidos corporales de una persona infectada.
- Se estima que hay 240 millones de personas que padecen infección crónica por el virus de la hepatitis B (definidas como positivas al antígeno superficial del virus de la hepatitis B durante al menos seis meses).
- Más de 780 000 personas mueren cada año como consecuencia de la hepatitis B, incluido por cirrosis y cáncer hepático.
- La hepatitis B representa un importante riesgo laboral para los profesionales sanitarios.
- La hepatitis B es prevenible con la vacuna actualmente disponible, que es segura y eficaz.

La hepatitis B es una infección hepática potencialmente mortal causada por el virus de la hepatitis B (VHB). Constituye un importante problema de salud a nivel mundial. Puede causar hepatopatía crónica y conlleva un alto riesgo de muerte por cirrosis y cáncer hepático.

Desde 1982 se dispone de una vacuna contra la hepatitis B con una eficacia del 95% en la prevención de la infección y la aparición de una enfermedad crónica y cáncer de hígado debido a la hepatitis B.

Distribución geográfica

La máxima prevalencia de la hepatitis B se registra en el África subsahariana y Asia oriental, regiones en las que entre el 5% y el 10% de la población adulta está infectada de forma



crónica. También hay tasas elevadas de infección crónica en la cuenca del Amazonas y en partes meridionales de Europa oriental y central. Se calcula que entre un 2% y un 5% de la población del Oriente Medio y el subcontinente indio padece infección crónica. En Europa occidental y América del Norte menos del 1% de la población padece infección crónica.

Transmisión

El virus de la hepatitis B puede sobrevivir fuera del organismo por lo menos siete días. En ese periodo todavía puede causar infección si penetra en el organismo de una persona no protegida por la vacuna. El periodo medio de incubación de la hepatitis B es de 75 días, pero puede oscilar entre 30 y 180 días. El virus, que puede detectarse entre 30 y 60 días después de la infección, puede persistir y dar lugar a una hepatitis B crónica.

En zonas con alta endemicidad, el virus de la hepatitis B se transmite normalmente de la madre al niño durante el parto (transmisión perinatal) o por transmisión horizontal (exposición a sangre infectada), en particular de un niño infectado a un niño sano durante los primeros cinco años de vida. La aparición de infección crónica es muy común en los lactantes infectados a través de su madre o antes de los 5 años de edad.

La hepatitis B también se transmite por exposición percutánea o de las mucosas a sangre o diferentes líquidos corporales infectados, así como a través de la saliva y los líquidos menstruales, vaginales y seminales. La hepatitis B puede transmitirse igualmente por vía sexual, especialmente en el caso de hombres sin vacunar que mantienen relaciones sexuales con hombres y de personas heterosexuales con múltiples parejas sexuales o que tienen contacto con profesionales del sexo. La infección en la edad adulta desemboca en hepatitis crónica en menos del 5% de los casos. El virus también puede transmitirse con la reutilización de agujas y jeringas bien en entornos sanitarios o entre consumidores de drogas inyectables. Además, puede producirse la infección durante procedimientos médicos, quirúrgicos y dentales, la aplicación de tatuajes o mediante el uso de cuchillas de afeitar y objetos similares contaminados con sangre infectada.

Síntomas

La mayor parte de los afectados no experimentan síntomas durante la fase de infección aguda, aunque algunas personas presentan un cuadro agudo con síntomas que duran varias semanas e incluyen coloración amarillenta de la piel y los ojos (ictericia), orina oscura, fatiga extrema, náusea, vómitos y dolor abdominal. Un pequeño grupo de personas con hepatitis aguda puede sufrir insuficiencia hepática aguda, que puede provocar la muerte.

En algunos casos la hepatitis B puede causar también una infección hepática crónica, que posteriormente puede dar lugar a cirrosis o cáncer de hígado.

Más del 90% de los adultos sanos que se infecten con el virus de la hepatitis B se recuperarán de forma natural en el plazo de un año.

¿Quiénes corren riesgo de sufrir la enfermedad de forma crónica?

La probabilidad de que la infección se cronifique depende de la edad a la que se produzca. Los niños infectados con el virus de la hepatitis B antes de cumplir los seis años son los más expuestos al riesgo de sufrir infecciones crónicas: entre un 80% y un 90% de los lactantes infectados en el primer año de vida sufrirán una infección crónica; entre un 30% y un 50% de los niños infectados antes de cumplir los seis años sufrirán una infección crónica.



En los adultos: menos de un 5% de las personas sanas que se infecten en la edad adulta sufrirán una infección crónica: entre un 20% y un 30% de los adultos que padecen una infección crónica sufrirán cirrosis y lo cáncer hepático.

Diagnóstico

Las manifestaciones clínicas no permiten diferenciar la hepatitis B de la hepatitis causada por otros agentes virales y, consiguientemente, es esencial la confirmación del diagnóstico en laboratorio. Se dispone de algunas pruebas de sangre para diagnosticar la hepatitis B y hacer el seguimiento de los pacientes.

Mediante esas pruebas se pueden distinguir las infecciones agudas y las crónicas. El diagnóstico de laboratorio de la hepatitis B se centra en la detección del antígeno superficial del virus de la hepatitis B (HBsAg). La OMS recomienda que se analicen todas las donaciones de sangre para detectar la infección, garantizar la seguridad de la sangre y evitar la transmisión accidental del virus a los receptores.

La infección aguda por el virus de la hepatitis B se caracteriza por la presencia del HBsAg y de la inmunoglobulina M (IgM) en el antígeno del núcleo (HBcAg). En la fase inicial de la infección los pacientes también son seropositivos para el antígeno e de la hepatitis B (HBeAg). Este antígeno es normalmente un marcador de que el virus se replica de forma intensa y su presencia indica que la sangre y los líquidos corporales de la persona infectada son muy contagiosos.

La infección crónica se caracteriza por la persistencia (más de seis meses) del HBsAg [con o sin concurrencia de HBeAg]. La persistencia del HBsAg es el principal marcador del riesgo de sufrir una hepatopatía crónica y cáncer de hígado [carcinoma hepatocelular] posteriormente.

Tratamiento

No hay un tratamiento específico contra la hepatitis B aguda. Por tanto, la atención se centra en mantener el bienestar y un equilibrio nutricional adecuado, especialmente la reposición de los líquidos perdidos por los vómitos y la diarrea. La infección crónica por el virus de la hepatitis B puede tratarse con fármacos, en particular agentes antivirales orales. El tratamiento puede ralentizar el avance de la cirrosis, reducir la incidencia de cáncer de hígado y mejorar la supervivencia a largo plazo.

La OMS recomienda la administración de tratamientos orales (tenofovir o entecavir) porque son los fármacos más potentes para suprimir el virus de la hepatitis B. Rara vez desembocan en farmacoresistencia en comparación con otros fármacos, son fáciles de tomar [1 pastilla al día] y tienen pocos efectos secundarios, por lo que solo exigen un seguimiento limitado.

Ahora bien, en la mayoría de las personas el tratamiento no cura la infección por el virus de la hepatitis B, tan solo suprime la replicación del virus. Por tanto, cuando se inicia el tratamiento contra la hepatitis B, se debe continuar durante toda la vida.

El tratamiento con inyecciones de interferón puede considerarse para algunas personas en determinados entornos de ingresos altos, pero es menos viable en entornos de recursos bajos por su elevado costo y considerables efectos adversos, que exigen un seguimiento atento.



En muchos entornos de escasos recursos el acceso al diagnóstico y tratamiento contra la hepatitis B sigue siendo limitado, y muchas personas solo son diagnosticadas cuando ya tienen una enfermedad hepática avanzada. El cáncer de hígado avanza rápidamente y, puesto que las opciones de tratamiento son reducidas, el desenlace es por lo general descorazonador. En los entornos de ingresos bajos, la mayoría de las personas con cáncer de hígado muere a los pocos meses del diagnóstico. En los países de ingresos altos, la cirugía y la quimioterapia pueden prolongar la vida unos cuantos años, y el trasplante de hígado se utiliza en pacientes con cirrosis, con resultados variables.

Prevención

La vacuna contra la hepatitis B es el principal pilar de la prevención de esa enfermedad. La OMS recomienda que se administre a todos los lactantes lo antes posible tras el nacimiento, preferentemente en las primeras 24 horas. La dosis inicial deberá ir seguida de dos o tres dosis para completar la serie primaria. En la mayoría de los casos se considera apropiada cualquiera de las dos opciones siguientes: tres dosis de la vacuna; la primera (monovalente) al nacer, y las dos subsiguientes [monovalentes o combinadas] al mismo tiempo que las dosis primera y tercera de la vacuna contra la difteria, la tos ferina y el tétanos (DTP); cuatro dosis de la vacuna; la primera (monovalente) al nacer, y las tres subsiguientes (monovalentes o combinadas) al mismo tiempo que otras vacunas infantiles sistemáticas.

La serie completa de vacunas genera anticuerpos que alcanzan niveles de protección superiores al 95% en lactantes, niños y adultos jóvenes. La protección dura por lo menos 20 años, y probablemente toda la vida. Por lo tanto, la OMS no recomienda dosis de refuerzo en las personas que hayan recibido la serie completa de la vacuna en tres dosis.

En los países de endemidad baja o Intermedia se debe vacunar a todos los niños y adolescentes menores de 18 años que no estén vacunados. En esos entornos es posible que más personas de los grupos de alto riesgo adquieran la infección, por lo que también deberían ser vacunadas. Esto incluye a: personas que necesitan transfusiones frecuentes de sangre o productos sanguíneos, pacientes sometidos a diálisis y receptores de trasplantes de órganos sólidos; reclusos; consumidores de drogas inyectables; parejas sexuales o personas que conviven con pacientes con infección crónica por el virus de la hepatitis B; personas con múltiples parejas sexuales; personal sanitario y otras personas que por su trabajo podrían estar expuestas al contacto con sangre y productos sanguíneos; y personas que no hayan recibido la serie completa de vacunas contra la hepatitis B y prevean viajar a zonas en las que la enfermedad sea endémica.

La vacuna tiene un excelente historial de seguridad y eficacia. Desde 1982 se han administrado más de mil millones de dosis en todo el mundo. En muchos países en los que entre un 8% y un 15% de los niños solían infectarse de forma crónica con el virus de la hepatitis B, la vacunación ha reducido esa tasa a menos del 1% entre los niños vacunados.

En 2013, 183 Estados Miembros vacunaban a los lactantes contra la hepatitis B en el marco de sus calendarios de vacunación y el 81% de los niños recibían la vacuna. Esto supone un incremento importante en comparación con los 31 países que lo hacían en 1992, año en que la Asamblea Mundial de la Salud aprobó una resolución en la que recomendaba la vacunación mundial contra la hepatitis B. Además, 93 Estados Miembros han introducido, según datos de 2013, la dosis de la vacuna contra la hepatitis B inmediatamente después del nacimiento.

Por otra parte, la aplicación de estrategias sobre seguridad de los productos sanguíneos, en particular las pruebas de detección de calidad asegurada para toda la sangre y los



componentes sanguíneos donados destinados a transfusión, pueden prevenir la transmisión del virus de la hepatitis B. Las prácticas para la seguridad de las inyecciones, al eliminar inyecciones innecesarias e inseguras, pueden ser eficaces para proteger contra la transmisión del virus de la hepatitis B. Asimismo, adoptar prácticas sexuales más seguras, por ejemplo reducir al mínimo el número de parejas sexuales y utilizar medidas de protección (preservativos), protege contra la transmisión.

En marzo de 2015 la OMS publicó sus primeras directrices para la prevención, la atención y el tratamiento de las personas con infección crónica por el virus de la hepatitis B, en las que se recomienda lo siguiente: promover la utilización de pruebas de diagnóstico sencillas y no invasivas para evaluar el estadio de la hepatopatía y, de esta forma, determinar quién necesita tratamiento; dar prioridad al tratamiento de las personas en el estadio más avanzado de hepatopatía y con mayor riesgo de morir; y recomendar preferiblemente el uso de análogos de nucleós(t)idos con una elevada barrera a la farmacorresistencia (tenofovir y entecavir, y entecavir en niños de 2 a 11 años de edad) como tratamiento de primera y segunda línea.

En las directrices se recomienda también el tratamiento de por vida de las personas con cirrosis, la vigilancia periódica de la evolución de la enfermedad y la toxicidad de los fármacos, y la defecación temprana del cáncer hepático.

Respuesta de la OMS

Con miras a prevenir y controlar la hepatitis viral, la OMS está trabajando en las siguientes esferas: sensibilización, promoción de alianzas y movilización de recursos; formulación de políticas basadas pruebas científicas y datos para la acción; fomento de la prevención de la transmisión a través de la vacunación, las prácticas de inyección seguras y la seguridad de la sangre; y fomento de un mayor acceso al seguimiento y a servicios de detección, atención y tratamiento contra la hepatitis B.

Además, el 28 de Julio de cada año, la OMS conmemora el Día Mundial contra la Hepatitis, con el fin de acrecentar la sensibilización y el conocimiento de la hepatitis viral." www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000279.htm

FRENTE AL DAÑO QUE EN FORMA EQUIVOCADA SE IMPUTA AL HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL E.S.E.

Ubicado el daño como "el deceso del paciente", el mismo no es atribuible al Hospital básicamente por dos factores médicos esenciales:

El primero y más importante, es que una intervención quirúrgica puede ocasionar la muerte cuando la misma genera sepsis que no es tratada a tiempo, la cual, invade todo el organismo y genera una falla multisistémica ocasionando la muerte. Tal circunstancia acaece en un tiempo menor a tres (3) meses desde su aparición en el mejor de los casos

La segunda, pero no menos importante, es que sin determinarse cual es la causa del fallecimiento del paciente, en sentido técnico jurídico, el actor no ha probado siquiera el daño, como para de allí predicar que se debió a un presunto hecho dañoso. Si bien es cierto que la diabetes complica el tratamiento médico y le resta probabilidades de recuperación al paciente, la misma, bien tratada, no es un factor que cause el fallecimiento de una persona. Al contrario, se tiene como mero indicio proveniente de las copias simples de las historias clínicas aportadas, que el paciente padecía de desnutrición, factor que para este caso si es incidente.



DE LA INEXISTENCIA DEL HECHO DAÑOSO

Como consta en la historia clínica expedida por el Hospital Occidente de Kennedy, se determina que contrario a lo afirmado por el apoderado de la parte actora, al paciente se le trató conforme a su diagnóstico presentado Politraumatismo, trauma cerrado de abdomen y tórax, trauma craneoencefálico. Traumas faciales de seno frontal y de clavícula izquierda. Contusión miocárdica y pulmonar, era severo Por lo anterior, y tomando en cuenta que en las dos hospitalizaciones, el paciente se recuperó satisfactoriamente, no se encuentra otra explicación diferente que un mal manejo extrahospitalario del Sr. FONSECA SOSA (sic), hecho dañoso que en manera alguna es atribuible a la demandada.

CONFUSIÓN ENTRE EL NEXO DE CAUSALIDAD Y EL HECHO DAÑOSO

El actor confunde el nexo de causalidad y el hecho dañoso, cuando afirma que el primero es la ejecución de comportamientos errados por parte de los galenos de la entidad que represento. La conducta como tal es el hecho dañoso y el nexo de causalidad correspondería a la prueba de diferentes tratamientos aplicables para unos mismos síntomas, evento en el cual se debe probar que se aplicó el menos favorable o uno totalmente equivocado conforme la lex artis.

En concordancia con lo anterior es claro que la paciente, desde su ingreso a la E.S.E. Hospital Occidente de Kennedy III Nivel de Atención, recibió todos y cada uno de los servicios integrales de salud de alta complejidad, con calidad y tecnología científica, con un equipo humano comprometido, calificado que busca contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud del paciente, por lo que deben negarse las pretensiones de la demanda.

DE LA EXCEPCIONES PLANTEADAS

Culpa exclusiva de la víctima.-

La paciente desde su ingreso a la E.S.E. Hospital Occidente de Kennedy III Nivel de Atención, recibió toda la atención médica que requiere frente al trauma severo que le ocasionó un tercero producto de accidente de tránsito, y bajo esta perspectiva debe estudiarse, por cuanto el daño como tal, lo causó la entidad hospitalaria.

Frente a este aspecto, es importante que se revise en su conjunto la prueba testimonial traído al proceso por la parte demandante, quien es conteste en indicar que el accidente de tránsito se produjo al intentar cruzar una vía principal, la cual se encontraba en obra y tenía poca luminosidad.

Reitero la solicitud elevada, en forma respetuosa en el sentido de absolver a mi representada de todos y cada una de las pretensiones elevada en su conforme a los argumentos expuestos.

PRECISIONES

En el desarrollo del proceso no se ha podido establecer que las afirmaciones de la parte actora sean ciertas o que se haya presentado alguna falla en el servicio por parte de la demandada.



Desde el momento de ingreso de la paciente por el servicio de urgencias se abrió una historia clínica, como se hace en todos los casos, documento médico legal que fue allegado al proceso debidamente transcrito, tal como lo establece la normatividad que regula la materia.

Con posterioridad a la atención prestada a la paciente se efectuó el respectivo Comité Técnico Científico en el que se establecieron entre otras cosas las siguientes:

"...Paciente de 18 años de edad quien ingresó a urgencias el 22 de mayo de 2008 por accidente de tránsito como peatón al ser arrollada por una buseta, con posible alteración del estado de conciencia durante tiempo no especificado, al ingreso la paciente no fue clara al referir el cuadro clínico ni sus antecedentes..." es valorada por los servicios de Cirugía Maxilofacial, Ortopedia, Neurocirugía..." (Subrayado fuera de texto)

El día 27 de mayo tuvo mejoría de su estado neurológico pero cursó pico febril, momento en el cual la madre de la paciente refirió que la señorita YEHIMI MARISOL CONTRERAS CARDONA padecía desde hace varios días infección en vías urinarias (IVU) razón por la cual se solicitaron paraclínicos y se iniciaron analgésicos, la paciente pese a que se le ordenó utilizar cabestrillo no lo utilizó, adicionalmente *"...En evoluciones posteriores se estableció que la disfonía era de curso crónico desde hacía dos años aproximadamente..."*

El día 29 de mayo de 2008 en "...interconsulta de medicina interna y terapia respiratoria iniciaron seguimiento clínico y paraclínico, con radiografía de tórax sugestiva de hipertensión precapilar, pruebas de coagulación prolongadas, se reinterrogó a YEHIMI MARISOL CONTRERAS CARDONA encontrando antecedentes de Hepatitis B a los cinco años, várices esofágicas manejadas con escleroterapia y migraña.

En todo el devenir de la hospitalización se logró establecer con base en los exámenes que se le efectuaron como electrocardiograma, ecografía abdominal, ecocardiograma, hemocultivos, así como interconsulta al servicio de Cirugía General y la UCI, obteniéndose que debía practicársele endoscopia por haberse evidenciado clínicamente sangrado digestivo, examen que no autorizó la paciente YEHIMI MARISOL CONTRERAS CARDONA, la negativa de someterse a la citada endoscopia ordenada el día 29 de mayo, se aplazó hasta el día 2 de junio de 2008, fecha en que se le practicó y la cual arrojó como diagnóstico; *"...que la paciente padecía Várices esofágicas y Pangastritis Erosiva..."*

Lo anterior quiere decir que durante toda su permanencia en el HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY II NIVEL E. S.E., es decir hasta el 8 de junio de 2008, se le practicaron toda clase de exámenes clínicos y paraclínicos, ayudas diagnósticas y atención en todas las especialidades teniendo como precepto la seguridad de YEHIMI MARISOL CONTRERAS CARDONA, así se desprende no solo del Comité Técnico Científico sino del peritaje efectuado por el Doctor JOSÉ GUILLERMO RUÍZ RODRÍGUEZ, quien estableció, entre otros: *"...revisada detenidamente la historia Clínica en relación a este caso podemos considerar que el actuar médico como se describió anteriormente estuvo conforme a la lex artis, guías y protocolos más comúnmente aplicados en esta fecha para el manejo de una paciente traumatizada y la guía de manejo de la sepsis y el choque séptico..."*

Se concluye entonces que en la prestación del servicio a la paciente en ningún momento hubo impericia o negligencia como lo afirma la parte demandante, por lo que las pretensiones deben ser desestimadas, dado que no se ha producido algún daño antijurídico.



7.3 LLAMADO EN GARANTÍA

La sociedad aseguradora se reitera en cuanto a que no le constan los hechos de la demanda, precisando que no existe en el expediente prueba documental o testimonial que acredite la responsabilidad del Hospital, por el contrario, el peritazgo rendido por el doctor JOSÉ GUILLERMO RUÍZ RODRÍGUEZ consigna:

"Una vez revisada detenidamente la historia clínica en relación a este caso, podemos considerar que el actuar médico como se describió anteriormente estuvo conforme a la Lex artis, guías y protocolos más comúnmente aplicados en el mundo para esta fecha en relación con el manejo de una paciente politraumatizada y las guías del manejo de la sepsis y el choque séptico, con la salvedad expresada en el inciso F"

Respecto del llamamiento en garantía se indica que debe estarse a lo pactado en la póliza y debe prosperar la excepción de falta de cobertura.

En la póliza está pactado el siguiente amparo:

"CONDICIONES GENERALES

CONDICIÓN PRIMERA: AMPAROS

AMPAROS CUBIERTOS

1.1 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA

- a) PREVISORA SE OBLIGA A INDEMNIZAR AL ASEGURADO POR CUALQUIER SUMA DE DINERO QUE ESTE DEBA PAGAR A UN TERCERO EN RAZÓN A LA RESPONSABILIDAD CIVIL EN QUE INCURRA, EXCLUSIVAMENTE COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER "ACTO MÉDICO" DERIVADO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LAS PERSONAS, DE EVENTOS QUE SEAN RECLAMADOS Y NOTIFICADOS POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y HASTA EL LIMITE DE COBERTURA ESPECIFICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES (SALVO ACTOS MÉDICOS QUE QUEDEN EXPRESAMENTE EXCLUIDOS)*
- b) PREVISORA SE OBLIGA A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO, QUE PROVENGA DE ACCIONES U OMISIONES DE SUS EMPLEADOS Y/O DE LOS PROFESIONALES Y/O AUXILIARES INTERVINIENTES, CON RELACIÓN AL "ACTO MÉDICO", EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA O NO CON EL ASEGURADO, LEGALMENTE HABILITADOS, CUANDO TALES ACCIONES U OMISIONES RESULTEN EN UN SINIESTRO QUE DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA, PRODUZCA PARA EL ASEGURADO UNA OBLIGACIÓN DE INDEMNIZAR, SEGÚN SE DESCRIBEN EN EL PUNTO a) ANTERIOR. EN ESTE CASO PREVISORA RESERVA EL DERECHO DE REPETICIÓN CONTRA LOS EMPLEADOS Y/O PROFESIONALES Y/O AUXILIARES INTERVINIENTES, ESTÉN O NO EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA CON EL ASEGURADO.*
- c) ASÍ MISMO PREVISORA SE OBLIGA A DAR LA COBERTURA ANTERIORMENTE DESCRITA AL ASEGURADO, EN EL EVENTO EN QUE EL RECLAMO SE PRODUZCA COMO CONSECUENCIA DE ASISTENCIA MÉDICA DE EMERGENCIA A PERSONA O PERSONAS, EN CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACIÓN LEGAL Y/O UN DEBER DE HUMANIDAD GENERALMENTE ACEPTADO."*



La cobertura para responsabilidad civil clínicas y hospitales otorgadas en la póliza 1003552 para la vigencia 01/ 03/ 2008 al 02/03/2009 por el amparo de responsabilidad por acto médico, se otorgó bajo la modalidad POR RECLAMACIÓN O CLAIMS MADE, lo anterior se constata en el texto anteriormente transcrito, al consagrar:

"...DE EVENTOS QUE SEAN RECLAMADOS Y NOTIFICADOS POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA..."

Esta clase de amparo se otorga de acuerdo a la prerrogativa conferida por el legislador en el artículo 4 de la ley 389 de 1997, que a su tenor dispone:

"En el seguro de manejo y riesgos financieros y en el de responsabilidad la cobertura podrá circunscribirse al descubrimiento de pérdidas durante la vigencia, en el primero, y a las reclamaciones formuladas por el damnificado al asegurado o a la compañía durante la vigencia, en el segundo, así se trate de hechos ocurridos con anterioridad a su iniciación"

Así las cosas esta póliza sólo ampara siniestros que hayan sido reclamados por el asegurado, en este caso el Hospital Occidente de Kennedy III NIVEL o directamente por la víctima, a la previsorora S.A DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA que correspondió al periodo del 01/03/2008 al 02/03/2009.

Lo anterior conforme con la facultad legal que le asiste a la aseguradora por disposición del artículo 1056 del código de comercio, para delimitar los riesgos que toma a su cargo; quiere esto decir, que la aseguradora otorgó amparo mediante el contrato de seguros en comento, para reclamaciones presentadas en contra del asegurado o directamente en contra de la aseguradora por "EVENTOS QUE SEAN RECLAMADOS Y NOTIFICADOS POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA":

La demanda fue presentada para reparto el 21 de abril de 2010 y contestada por el Hospital Occidente de Kennedy III Nivel el día 21 de agosto de 2010 según consta en folio 234 del expediente, fecha para la cual el contrato de seguro responsabilidad civil la póliza 1003552 que se encontraba vigente para el día de los hechos ya había terminado su vigencia, es decir, estuvo vigente hasta el día 2 de marzo de 2009. La Previsorora S.A Compañía de Seguros no puede ser llamada a responder en virtud de la citada póliza de seguros, por el evento que da lugar a la presente demanda, por cuanto no se cumplió la condición de notificarle el accidente dentro de la vigencia del seguro.

Debe entonces declararse probada la excepción de ausencia de cobertura, pues se incumplió con la condición de informar lo sucedido dentro de la vigencia de la póliza.

Deben igualmente declararse como probadas las excepciones de inexistencia de la obligación de indemnizar, de condiciones contractuales y la genérica.

8. CONCEPTO DE LA AGENCIA DEL MINISTERIO PÚBLICO

La Agencia del Ministerio Público rindió concepto en la primera oportunidad en que se corrió traslado para alegar de conclusión y del que se extraen las siguientes consideraciones:



"2.1 Problema Jurídico

La controversia jurídica en el presente asunto consiste en determinar si el HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY NIVEL III es administrativa y solidariamente responsable de los daños y perjuicios morales causados por la muerte de YEHIMI MARISOL CONTRERAS CARDONA, como consecuencia de la irregular atención médica, falta de tratamiento calificado, diagnóstico oportuno y adecuado.

Planteado el problema jurídico, procede esta agencia del Ministerio Público a emitir concepto en los siguientes términos;

2.2. Análisis fáctico

Material probatorio relevante allegado al plenario

- 1. Copia simple de la historia clínica de YEHIMI MARISOL CONTRERAS CARDONA.*
- 2. Contestación de la demanda por parte de la demandada HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY NIVEL III, por intermedio de apoderado y se opuso a las pretensiones de la misma el 24 de agosto de 2010.*
- 3. Contestación de la demanda por parte de la llamada en garantía COMPAÑÍA DE SEGUROS LA PREVISORA S.A., por intermedio de apoderado, y se opuso a las pretensiones de la misma el día 13 de enero de 2011.*

2.3. Análisis jurídico

2.3.1 La responsabilidad del Estado por la prestación del servicio de salud

Teniendo en cuenta que la parte demandante imputa el daño que sufrió al HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY NIVEL III, en tanto afirma que la muerte de YEHIMI MARISOL CONTRERAS CARDONA se produjo como consecuencia de la deficiente prestación en el servicio de salud que le brindó la entidad, este Despacho adelantara una síntesis de los avances jurisprudenciales en materia de responsabilidad patrimonial por los daños derivados de la prestación del servicio médico asistencial.

En fallo proferido por la Sección Tercera del Consejo de Estado el 09 de junio de 2010, mediante número de radicación 05001-23-26-000-1992-01147-01(19276) se señala que:

"la responsabilidad patrimonial por 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 que están a cargo del personal paramédico o administrativo.

(...)

Al margen de las discusiones que se presentan en la Jurisprudencia y en la doctrina en relación con el régimen probatorio de los elementos de la responsabilidad patrimonial por los daños que se deriven de la actuación médica del Estado, lo cierto es que existe consenso en cuanto a que la sola



intervención -actuación u omisión- de la prestación médica no es suficiente para imputar al Estado los daños que sufran quienes requieran esa prestación, sino que es necesario que se encuentre acreditado que la misma fue constitutiva de una falla del servicio y que dicha falla fue causa eficiente del daño.

En otros términos, como de conformidad con lo previsto en el artículo 90 de la Constitución, el derecho a la reparación se fundamenta en la antijuridicidad del daño, pero siempre que éste le sea imputable al Estado, entonces, no resulta suficiente con verificar que la víctima o sus beneficiarios no estaban en el deber jurídico de soportar ese daño para que surja el derecho a la Indemnización, sino que se requiere que dicho daño sea imputable a la Administración, y no lo será cuando su intervención aunque vinculada causalmente al daño no fue la causa eficiente del mismo sino que éste constituyó un efecto no previsible o evitable, de la misma enfermedad que sufría el paciente o de otra causa diferente.

Ahora, la responsabilidad por la deficiente o nula prestación del servicio médico también puede generar responsabilidad patrimonial al Estado, aunque no se derive un daño a la salud de los pacientes, cuando tales fallas constituyan en sí mismas la vulneración de otros de sus derechos o Intereses jurídicos, como el de la prestación eficiente del servicio, o el de la dignidad, o la autonomía y libertad para disponer del propio cuerpo.

Recientemente, consideró la Sala que son imputables al Estado los daños sufridos por los pacientes a quienes no se brinde un servicio médico eficiente y oportuno, aunque no se acredite que esas fallas hubieran generado la agravación de las condiciones de su salud, es decir, que la falla en la prestación del servicio se confunde con el daño mismo.

De igual manera, consideró la Sala en otra oportunidad, que hay lugar a declarar la responsabilidad patrimonial del Estado por fallas relacionadas con la prestación del servicio médico, cuando se vulneran derechos de las personas como el de la dignidad, la autonomía y la libertad para disponer del cuerpo, cuando no se pide su consentimiento previo para algunas intervenciones, al margen de que los riesgos no consentidos no se materialicen o, inclusive, aún cuando esa intervención no consentida mejore las condiciones del paciente.

En síntesis, el Estado puede ser declarado patrimonialmente responsable de los daños que se deriven de la omisión en la prestación del servicio médico o de su prestación deficiente, cuando tales daños se producen como consecuencia de esa omisión o deficiencia; cuando la prestación asistencial no se brinda como es debido, o cuando se vulneran otros derechos o Intereses protegidos por el ordenamiento jurídico, aún en eventos en los que dichas prestaciones resultan convenientes a la salud del paciente, pero se oponen a sus propias opciones vitales”.

2.3.2 Caso concreto

De acuerdo al acervo probatorio aportado en este expediente, encontramos que YEHIMI MARISOL CONTRERAS ingresó a la unidad hospitalaria del HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY NIVEL III con el siguiente diagnóstico: Politraumatismo,



trauma cerrado de abdomen y tórax, trauma craneoencefálico y facial, fx de seno frontal, fx de clavícula izquierda, contusión miocárdica y pulmonar, hematoma perirrenal derecho, pancitopenia y sx febril.

Si bien el centro hospitalario atendió en debida forma la gran parte de la sintomatología de YEHIMI MARISOL, no sería acertado el diagnóstico, ni la atención prestada frente a lo que finalmente ocasiono el fallecimiento de la paciente.

Pues bien, uno de los momentos de mayor relevancia en la prestación del servicio médico lo constituye el diagnóstico. Sobre la importancia de este acto médico, ha señalado la doctrina:

"Puede afirmarse que 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.

"De allí que el diagnóstico se termina convirtiendo en un elemento determinante del acto médico, ya que del mismo depende el correcto tratamiento o terapéutica.

"Cronológicamente el diagnóstico es el primer acto que debe realizar el profesional, para con posterioridad emprender el tratamiento adecuado".

Las fallas en el diagnóstico de las enfermedades y el consecuente error en el tratamiento están asociados, 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 v técnicos al alcance para determinar con precisión cuál es la enfermedad que sufre el paciente. A este respecto, ha señalado la doctrina:

"El 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".

De la lectura de la historia clínica se concluye que el dolor abdominal siempre fue una constante en la patología de YEHIMI MARISOL, por lo tanto no puede acreditarse la excepción promovida por la demandada - culpa exclusiva de la víctima - pues si bien lo manifiesta el apoderado del hospital de "realizarse el examen (endoscopia) para el caso hubiese sido efectivo porque con gran posibilidad de éxito, se habría diagnosticado la patología que padecía la paciente", por ende al no realizarse la endoscopia de manera oportuna el HOSPITAL incurrió con dicha omisión en una falla del servicio, por cuanto no se agotó los recursos científicos y técnicos que se tenían al alcance para determinar con precisión cuál es la enfermedad que sufría la paciente YEHIMI MARISOL.



No debe perderse de vista que, conforme a los criterios jurisprudenciales señalados anteriormente, el régimen de responsabilidad aplicable en materia de responsabilidad médica es el de la falla del servicio; por lo tanto, la prosperidad de las pretensiones de la demanda dependerá de que se encuentren acreditados dicha falla y la relación causal entre ésta y el daño, elementos acreditados, toda vez que la muerte fue consecuencia de un inadecuado diagnóstico, pues si bien la paciente presentaba un cuadro polimorfo en sus síntomas y signos, no existe prueba que evidencie que el centro médico extremó los medios y los recursos de la medicina actual para llegar a formular un diagnóstico cierto.

3. Concepto en sentido estricto

En consecuencia, como se acredita la falla del servicio médico en que incurrió el HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY NIVEL III, esta agencia del Ministerio Público solicita de manera respetuosa al Honorable Señor Juez, acceder a las pretensiones de la demanda."

9. CONSIDERACIONES

Pasa a resolverse el problema jurídico y a emitirse pronunciamiento acerca de las pretensiones de la demanda.

9.1 TESIS DE LAS PARTES

La parte actora sostiene que se produjo una falla en la prestación del servicio médico a la ciudadana YEHIMI MARISOL CONTRERAS CARDONA, quien ingresó al servicio de urgencias del Hospital Occidente de Kennedy ESE el 22 mayo de 2008, falleciendo como consecuencia de una falla multisistémica provocada por una infección adquirida en el Hospital, que además fue detectada y tratada tardíamente.

El Hospital Occidente de Kennedy alega no haber incurrido en falla en el servicio, pues toda la atención estuvo conforme con la *lex artis*, al tiempo que puso todos sus recursos técnicos y científicos al servicio de la paciente.

La sociedad aseguradora llamada en garantía sostiene por una parte que el Hospital no incurrió en falla en el servicio al tiempo que propone excepciones contra el llamamiento en garantía que impedirían la efectividad de la póliza.

9.2 PROBLEMA JURÍDICO

El problema jurídico en el presente caso consiste en determinar si en el desarrollo de la atención prestada a la paciente YEHIMI MARISOL CONTRERAS CARDONA se produjo una falla que pudiera servir como nexo causal de su fallecimiento.

9.3 LA RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL DEL ESTADO

El Artículo 90 de la Constitución Política establece la cláusula general de responsabilidad patrimonial del Estado de la siguiente manera:



"ARTÍCULO 90. El Estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas.

En el evento de ser condenado el Estado a la reparación patrimonial de uno de tales daños, que haya sido consecuencia de la conducta dolosa o gravemente culposa de un agente suyo, aquél deberá repetir contra éste."

De la lectura de esta disposición se desprende que existen tres elementos que estructuran la responsabilidad patrimonial del Estado, la ocurrencia de un hecho dañoso, de un daño y de un nexo causal correspondiente a la falla en el servicio.

Cada uno de estos elementos se analiza a continuación.

9.3.1 ACERCA DEL HECHO DAÑOSO

No existe controversia entre las partes respecto al hecho consistente en el ingreso de YEHIMI MARISOL CONTRERAS CARDONA como paciente por el servicio de urgencias del HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL ESE el 22 de mayo de 2008, su permanencia en el Hospital por espacio de 18 días y su fallecimiento el 8 de junio del mismo año.

El hecho dañoso en el presente caso ha sido como la omisión en la detección y tratamiento oportunos de una infección bacteriana.

No hay controversia acerca de la existencia de la infección previa al fallecimiento, debiendo entonces determinarse si era posible su detección oportuna y tratamiento de forma que pudiera evitarse su propagación.

Sobre el particular, encuentra el Despacho que el hecho dañoso, entendido como la ocurrencia de la atención médica y el desenlace pueden tenerse como demostrados, debiendo analizarse separadamente si se produjo una falla en el servicio.

9.3.2 ACERCA DE LA FALLA EN EL SERVICIO

A efecto de establecer si se produjo en el presente caso la falla en el servicio, se hace necesario tener en cuenta el marco jurisprudencial¹ vigente, del cual resulta pertinente citar lo siguiente:

En efecto, la Jurisprudencia ha clasificado la atención de los servicios de salud en un "acto médico complejo" compuesto por:

- (i) Actos puramente médicos, que son realizados por el facultativo;
- (ii) Actos paramédicos, que lo son las acciones preparatorias del acto médico y las posteriores a éste; que regularmente son llevadas a cabo por personal auxiliar, tales como: suministrar suero, inyectar calmantes o antibióticos, controlar la tensión arterial, etcétera y
- (iii) Actos extra médicos, que están constituidos por los servicios de hostelería, entre los que se incluyen el alojamiento, manutención y el deber de seguridad de preservar la integridad física de los pacientes²

¹ Consejo de Estado, Sección Tercera. Sentencia de fecha 11 de mayo de 2011. C.P.: Ruth Stella Correa Palacio. Radicación No. 17001-23-31-000-1996-05026-01 (18792) Actor: María Bertilda Zapata Y Otros

² Distinción hecha por BUERES, Alberto. La responsabilidad civil de los médicos, Edit. Hammurabi, 1ª reimpresión de la 2ª edición, Buenos Aires, 1994, p. 424, 425, citada, entre otras, en sentencia de 28 de septiembre de 2000, Exp: 11.405.



Finalmente, el Consejo de Estado³ ha reconocido la existencia de un daño a la salud, cuando en la prestación del servicio médico **ha existido negligencia en la aplicación inmediata del tratamiento**, larga e injustificada espera en la atención médica, exámenes y diagnóstico, así como por la demora en la ejecución de procedimientos que no llegan o que se realizan de manera tardía.

Aplicado ello al caso concreto, se observa que la parte actora plantea la falla del servicio sobre la inadecuada detección de la infección bacteriana, que permitió que la infección se extendiera, retrasando de esta manera la adecuada atención que habría podido salvar la vida de la paciente, si el tratamiento se hubiese iniciado de forma oportuna.

Ello configura lo que se ha venido definiendo como la pérdida de la oportunidad, aspecto sobre el cual la reciente jurisprudencia⁴ se pronuncia de la siguiente manera:

14. La pérdida de oportunidad como daño autónomo

14.1. Esta postura jurisprudencial al interior de la Sección Tercera del Consejo de Estado precisa que la pérdida de oportunidad es un daño en sí mismo con identidad y características propias, diferente de la ventaja final esperada o del perjuicio que se busca eludir y cuyo colofón es la vulneración a una expectativa legítima, la cual debe ser reparada de acuerdo al porcentaje de probabilidad de realización de la oportunidad que se perdió⁵. Al respecto, la Sección Tercera del Consejo de Estado en sentencia del 11 de agosto de 2010⁶, señaló:

La pérdida de oportunidad o pérdida de chance alude a todos aquellos eventos en los cuales una persona se encontraba en situación de poder conseguir un provecho, de obtener una ganancia o beneficio o de evitar una pérdida, pero ello fue definitivamente impedido por el hecho de otro sujeto, acontecer o conducta éste que genera, por consiguiente, la incertidumbre de saber si el efecto beneficioso se habría producido, o no, pero que al mismo tiempo da lugar a la certeza consistente en que se ha cercenado de modo irreversible una expectativa o una probabilidad de ventaja patrimonial; dicha oportunidad perdida constituía, en sí misma, un interés jurídico que si bien no cabría catalogar como un auténtico derecho subjetivo, sin duda facultaba a quien lo ha visto salir de su patrimonio —material o inmaterial— para actuar en procura de o para esperar el acaecimiento del resultado que deseaba, razón por la cual la antijurídica

³ Consejo de Estado, Sección Tercera. Sentencia de 18 de mayo de 2017, Exp. No. 73001-23-31-000-2005-02808-01 C.P. Jaime Orlando Santofimio Gamboa.

⁴ CONSEJO DE ESTADO - SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO - SECCIÓN TERCERA - SUBSECCIÓN B - Consejero ponente: RAMIRO PAZOS GUERRERO - Bogotá, D.C., cinco (05) de abril de dos mil diecisiete (2017) - Radicación número: 17001-23-31-000-2000-00645-01(25706) - Actor: ÁNGELA MARÍA GUTIÉRREZ CAMPIÑO Y OTROS - Demandado: CAJANAL Y OTRO - Referencia: ACCIÓN DE REPARACIÓN DIRECTA

⁵ En la doctrina colombiana existen autores como Luis Felipe Giraldo Gómez que en su libro *La pérdida de la oportunidad en la responsabilidad civil. Su aplicación en el campo de la responsabilidad civil médica*, Universidad Externado de Colombia, Bogotá, 2011, consideran que la pérdida de oportunidad es un daño autónomo. La Subsección B de la Sección Tercera en sus diferentes pronunciamientos ha adscrito su postura a este enfoque de la pérdida de oportunidad.

⁶ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 11 de agosto de 2010, rad. 18593, M.P. Mauricio Fajardo Gómez. Otras sentencias recientes que hacen alusión a la pérdida de oportunidad como daño autónomo son: sentencia del 14 de marzo de 2013, rad. 23632, M.P. Hernán Andrade Rincón; sentencia del 16 de julio de 2015, rad. 36634, M.P. Carlos Alberto Zambrano Barrera.



frustración de esa probabilidad debe generar para el afectado el derecho a alcanzar el correspondiente resarcimiento. (...):

La pérdida de oportunidad como rubro autónomo del daño demuestra que éste no siempre comporta la transgresión de un derecho subjetivo, pues la sola esperanza probable de obtener un beneficio o de evitar una pérdida constituye un bien jurídicamente protegido cuya afectación confiere derecho a una reparación que debe limitarse a la extensión del "chance" en sí mismo, con prescindencia del resultado final incierto, frente a lo cual resulta lógico que dicha oportunidad perdida "tiene un precio por sí misma, que no puede identificarse con el importe total de lo que estaba en juego, sino que ha de ser, necesariamente, inferior a él", para su determinación (...). En consecuencia, tratándose de eventos en los cuales se accede a la reparación de la pérdida de un chance, lo indicado no puede ser el reconocimiento, en favor de la víctima, del valor total de la ventaja de la cual fue privado o del deterioro patrimonial que no pudo evitar a raíz del hecho del demandado, sino tener en cuenta que la oportunidad desaparecida tenía un valor y que es éste el que debe ser restablecido; ese valor, según antes se indicó, ha de resultar indiscutiblemente inferior a aquél que hubiere correspondido en caso de haberse demostrado el vínculo causal entre la pérdida del beneficio esperado por la víctima y el hecho de aquel a quien se imputa la correspondiente responsabilidad resarcitoria; es más, como también precedentemente se indicó, el monto de la indemnización por la pérdida de la oportunidad habrá de establecerse proporcionalmente respecto del provecho que finalmente anhelaba el afectado, en función de las mayores o menores probabilidades que tuviere de haber alcanzado ese resultado en el evento de no haber mediado el hecho dañino.(...) En cuanto corresponde a esta clase perjuicios, dado que ninguna incompatibilidad existe entre el reconocimiento de los perjuicios ocasionados por el daño autónomo consistente en la pérdida de oportunidad que aquí se ha detallado y la aflicción, angustia y congoja que en el plano puramente moral o inmaterial les generó la mencionada pérdida de oportunidad –que no los perjuicios morales por la muerte de la víctima directa– se hará un reconocimiento por este específico concepto -se subraya-

14.2. Por otra parte, esta decisión señaló los requisitos que estructuran la pérdida de oportunidad como daño autónomo indemnizable, así: (i) la certeza de la oportunidad que se pierde; (ii) la imposibilidad definitiva de obtener el provecho o de evitar el detrimento; y (iii) la víctima debe encontrarse en una situación potencialmente apta para pretender la obtención del resultado esperado, es decir que debe analizarse si el afectado se encontraba en condiciones fácticas y jurídicas idóneas para alcanzar el provecho por el cual propugnaba o evitar el mal del cual buscaba escapar .

14.3. Después de haber revisado las dos posturas sobre el fundamento de la pérdida de oportunidad, la Sala considera que la postura que mejor solventa los dilemas suscitados es aquella que concibe a la pérdida de oportunidad como un fundamento de daño derivado de la lesión a una expectativa legítima⁷, diferente de los demás

⁷ Esta Subsección en decisión reciente señaló que es posible aplicar la teoría de la pérdida de oportunidad a casos donde se vulneren expectativas legítimas: "El modo de reparación de daños antijurídicos derivados de vulneraciones a expectativas legítimas se debe enmarcar dentro de los parámetros de la oportunidad pérdida,



daños que se le pueden infligir a una persona, como lo son, entre otros, la muerte (vida) o afectación a la integridad física, por lo que así como se estructura el proceso de atribución de estos últimos en un caso determinado, también se debe analizar la imputación de un daño derivado de una vulneración a una expectativa legítima en todos los perjuicios que de ella se puedan colegir, cuya naturaleza y magnitud varía en función del interés amputado y reclamado.

14.4. Esto conduce a la Sala a sostener que no es posible aceptar que la pérdida de oportunidad sea un criterio auxiliar de imputación de responsabilidad, habida cuenta de que no será dable, desde un punto de vista jurídico, acceder a declarar la responsabilidad sin que exista certeza del vínculo entre el daño sufrido por la víctima -ej. muerte- y el hecho dañino, ni tampoco es viable construir una presunción artificial y parcial de responsabilidad, y condenar -haciendo uso de esta técnica de facilitación probatoria- a reparar una fracción de la totalidad del daño final sin tener ni siquiera certeza de que el demandado es en realidad el autor del daño final. Al derecho de daños no le interesa atribuir daños parciales sin prueba total de responsabilidad; es necesario que exista certeza y que se determine con claridad por qué en razón de la conducta del autor que desconoce obligaciones se atribuye jurídicamente el daño. Por tanto, la pérdida de oportunidad no es una técnica alternativa y flexible para resolver casos de incertidumbre causal entre la intervención del tercero y el beneficio perdido o el detrimento no evitado, pues se incurriría claramente en una contradicción de los cimientos mismos del sistema de responsabilidad o en una elusión de los presupuestos de responsabilidad, tal como lo advierte Giraldo Gómez:

Si bien se reconoce que en algunos casos el tema de la incertidumbre causal está muy presente, ello no es razón suficiente para echar mano de una teoría [como lo es la pérdida de oportunidad] que se refiere, exclusivamente, a la naturaleza y extensión del daño y, por supuesto, no fue creada para resolver el problema de la incertidumbre causal.

Aceptar la postura que se comenta implicaría ir en contravía de los presupuestos tradicionales establecidos por la institución de la responsabilidad civil, buscando una nueva forma de hacerle frente a los problemas que se generan en la sociedad, y así, en vez de hacer justicia, se generaría una inseguridad jurídica que produciría un daño más grave para la convivencia en comunidad, en cuanto daría lugar a resultados tan injustos como sería el hecho de que una de las partes en conflicto se viera indemnizada, pero de manera parcial, a pesar de tener derecho a una reparación integral de su daño, de haberse demostrado la causa del mismo.

siguiendo la premisa conocida del derecho de daños que circunscribe la indemnización de los perjuicios al daño, "solo el daño y nada más que el daño" a fin de evitar un enriquecimiento sin justa causa a favor de la víctima y no contrariar las reglas de la institución jurídica de la responsabilidad estatal: "el daño es la medida del resarcimiento"(...). //10.2.8.2.1. Teniendo en consideración que el daño se origina por la amputación de una expectativa legítima a la consolidación de un derecho, bien sea, en tratándose de una aspiración de obtener un beneficio o una ganancia -polo positivo-, o bien cuando la víctima tenía la aspiración de evitar o mitigar un perjuicio y, como consecuencia de la abstención de un tercero, dicho curso causal dañoso no fue interrumpido -polo negativo-, se debe declarar la responsabilidad del Estado y reparar dicha frustración de la expectativa legítima dentro de los presupuestos de la teoría de la pérdida de oportunidad cuyo monto dependerá de la mayor o menor probabilidad y cercanía de su ocurrencia": Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección B, sentencia del 31 de agosto de 2015, rad. 22637, con ponencia de quien proyecta el presente fallo.



Y, como contrapartida, que la otra parte, fuese condenada sin que existiera certeza sobre si fue ella quien en definitiva originó el daño que se le imputa⁸.

14.5. Para la Sala, el alcance adecuado de la pérdida de oportunidad es aquel que la concibe como fundamento de daño, proveniente de la violación a una expectativa legítima; es natural que en muchos casos se susciten eventos de incertidumbre causal, pero esto no justifica que se instrumentalice a la pérdida de oportunidad como una herramienta para resolver este dilema, no solo porque exonera al demandante de la carga de probar la relación existente entre el hecho dañoso y el perjuicio final, sino porque rompe la igualdad entre las partes al beneficiar a una de ellas con una presunción de causalidad que, en todo caso, será siempre improcedente⁹.

14.6. Así las cosas, la Sala considera que la pérdida de oportunidad es un fundamento de daño, que si bien no tiene todas las características de un derecho subjetivo¹⁰, autoriza a quien ha sido objeto de una lesión a su patrimonio -material o inmaterial- a demandar la respectiva reparación, la cual será proporcional al coeficiente de oportunidad que tenía y que injustificadamente perdió. Aquí el objeto de reparación no es, en sí, la ventaja esperada o el menoscabo no evitado sino, únicamente, la extinción de una expectativa legítima, esto es, la frustración de la oportunidad en sí misma, pues si el beneficio o el mal que se quería eludir estuvieran revestidos de certeza no se podría hablar del daño consistente en la pérdida de una oportunidad, sino del daño frente a un resultado cierto cuya reparación es total y no proporcional: se repara la pérdida del chance, no la pérdida del alea.

14.7. Por lo anterior, la Sala considera que el fundamento de la pérdida de oportunidad como daño autónomo, cuenta con dos componentes, uno de certeza y otro de incertidumbre: el primero, se predica respecto de la existencia de la expectativa, toda vez que esta debe ser cierta y razonable, al igual que respecto a la privación de la misma, pues en caso de no haber intervenido el hecho dañino infligido por el tercero, la víctima habría conservado incólume la esperanza de

⁸ GIRALDO GÓMEZ, Luis Felipe, *La pérdida de la oportunidad en la responsabilidad civil. Su aplicación en el campo de la responsabilidad civil médica*, Universidad Externado de Colombia, Bogotá, 2011, pp. 143 y 144.

⁹ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera. Sentencia de 15 de agosto de 2002, rad. 11605, M.P. Alíer Eduardo Hernández Enríquez: "Y debe insistirse en que la presunción de la causalidad será siempre improcedente; aceptarla implicaría incurrir en una evidente contradicción, en la medida en que supondría la aplicación, tratándose de la responsabilidad por la prestación del servicio médico asistencial, de un régimen más gravoso para el demandado inclusive que el objetivo, dado que si bien en éste la falla del servicio no constituye un elemento estructural de la obligación de indemnizar, el nexo causal está siempre presente y la carga de su demostración corresponde al demandante, en todos los casos."

"Nótese pues, que en punto de la prueba de la causalidad, por lo menos recientemente, esta Corporación ha aludido a "un cierto aligeramiento de la carga probatoria del demandante" respecto de los supuestos del artículo 90 de la Carta Política -dentro de los que se encuentra la causalidad-, pero no ha aludido a una presunción de causalidad, o si se quiere de responsabilidad, en virtud de la cual pudiera corresponder al demandado y no al demandante, la carga probatoria en cuestión": Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia de 16 de agosto de 2006. M.P. Mauricio Fajardo Gómez. rad. 14.957.

¹⁰ Para Foulquier "un administrado es titular de un derecho subjetivo cuando cumple las condiciones que le permiten ser considerado como beneficiario del poder de exigir -reconocido por una norma general o individual, sin estar obligado a utilizar ese poder en un objetivo personal socialmente legítimo-, un cierto comportamiento de parte de la persona pública -lo que constituye el objeto de su obligación- a fin de alcanzar una ventaja moral o material que el orden jurídico ha expresamente o implícitamente considerado como lícito": FOULQUIER, Norbert, *Les droits publics subjectifs des administrés. Émergence d'un concept en droit administratif français du XIXe au XXe siècle*, Dalloz, París, 2003, p. 689.



obtener en el futuro una ganancia o de evitar un menoscabo; y, el segundo, respecto a la ganancia esperada o el perjuicio que se busca evitar, pues no se sabe a ciencia cierta si se hubiera alcanzado o evitado de no haberse extinguido la oportunidad. Y es frente al primer componente que la pérdida de oportunidad cimienta no solo el carácter cierto y actual del daño sino que es el eje sobre el que rota la reparación proveniente de la lesión antijurídica a una expectativa legítima.

14.8. Por todo lo anterior, la Sala¹¹ le ha atribuido, en varias decisiones, a ese primer componente las siguientes características: i) el bien lesionado no es propiamente un derecho subjetivo sino un interés jurídico representado en una expectativa legítima, la cual debe ser cierta, razonable y debidamente fundada, sobre la que se afirme claramente la certeza del daño; ii) lo perdido o frustrado es la oportunidad en sí misma y no el beneficio que se esperaba lograr o el perjuicio que se pretendía evitar; iii) la cuantificación del daño será proporcional al grado de probabilidad que se tenía de alcanzar el beneficio pretendido o de evitar el perjuicio final; iv) no existe pérdida de oportunidad cuando desaparece la posibilidad de la ganancia esperada, esto es, cuando se comprueba que esta se encuentra condicionada todavía a la ocurrencia de situaciones futuras, lo que se traduciría en un perjuicio hipotético, ajeno al daño autónomo de pérdida de oportunidad; si el beneficio final o el perjuicio eludido aún puede ser logrado o evitado, la oportunidad no estaría perdida y, por tanto, se trataría de pretensiones resarcitorias diferentes de la pérdida de oportunidad.

15. Elementos del daño de pérdida de oportunidad

15.1. En la decisión de la Sección Tercera del Consejo de Estado proferida el 11 de agosto de 2010¹² se trajo a colación los requisitos para estructurar el daño de pérdida de oportunidad, a saber: i) certeza respecto de la existencia de una oportunidad que se pierde; ii) imposibilidad definitiva de obtener el provecho o de evitar el detrimento; y iii) la víctima debe encontrarse en una situación potencialmente apta para pretender la consecución del resultado esperado.

15.2. En atención al precedente antes citado, la Sala considera necesario realizar las siguientes precisiones a efectos de reordenar los elementos constitutivos del daño de pérdida de oportunidad:

*15.3. **Falta de certeza o aleatoriedad del resultado esperado.** En primer lugar, para determinar si se está en presencia de un daño de pérdida de oportunidad, es necesario establecer que, en efecto, el titular de la expectativa legítima se encontraba, para el momento en que ocurre el hecho dañino, en una situación de incertidumbre de recibir un beneficio o una ventaja esperada, o de evitar un perjuicio indeseado. La oportunidad debe encontrarse en un espacio caracterizado por no existir certeza de que su resultado habría beneficiado a su titular, pero tampoco en el que sólo exista la conjetura de una mera expectativa de realización o evitación. Si se tiene certeza sobre la materialización del resultado final, no es posible hablar del daño consistente en la pérdida de oportunidad sino de la privación de un beneficio cierto, o si se trata de una mera conjetura o ilusión, tampoco habría lugar a la configuración de una oportunidad por no tener la intensidad suficiente para convertirse en una probabilidad razonable de alcanzarse o evitarse. Así, el requisito*

¹¹ Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección B, sentencia del 9 de octubre de 2014, rad. 29720, con ponencia de quien proyecta el presente fallo.

¹² Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 11 de agosto de 2010, rad. 18593. Reiteración en sentencia del 30 de enero de 2013, rad. 23769, M.P. Mauricio Fajardo Gómez.



de la "aleatoriedad" del resultado esperado tiene enormes incidencias en el plano de la indemnización, ya que si se trata de la infracción a un derecho cierto que iba a ingresar al patrimonio de la víctima o frente al cual se debía evitar un menoscabo, su indemnización sería total, mientras que si el truncamiento es solo respecto de la expectativa cierta y razonable de alcanzar o evitar un resultado final, la posibilidad truncada sería indemnizada en menor proporción¹³.

15.3.1. En ese orden de cosas, la falta de certeza o aleatoriedad del resultado esperado consistente en la obtención de un beneficio o la evitación de un perjuicio que se busca evitar es el primer elemento para proceder a estudiar los otros que se exigen para la configuración de la pérdida de oportunidad

15.4. Certeza de la existencia de una oportunidad. En segundo lugar se debe constatar que, en efecto, existía una oportunidad que se perdió. La expectativa legítima debe acreditar inequívocamente la existencia de "una esperanza en grado de probabilidad con certeza suficiente"¹⁴ de que de no haber ocurrido el evento dañoso, la víctima habría mantenido incólume la expectativa de obtener el beneficio o de evitar el detrimento correspondientes¹⁵.

¹³ A propósito de la pertinencia de este elemento, la doctrina nacional ha señalado: "El requisito de la "aleatoriedad" del resultado esperado es el primer elemento que debe establecerse cuando se estudia un evento de pérdida de la oportunidad. Este requisito constituye un elemento *sine qua non* frente a este tipo de eventos, lo que explica que sea, tal vez, la única característica estudiada con cierta profundidad por la doctrina. // Para comenzar el estudio de este requisito es prudente comprender el significado del concepto "aleatorio", el cual, según la definición dada en el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, se utiliza para referirse a algo que depende de un evento fortuito (...). Esta condición de la ocurrencia de eventos futuros es trasladada al campo de la pérdida de la oportunidad, campo en el que, como se ha indicado, la materialización del beneficio esperado es siempre incierta debido a que la misma pende para su configuración del acaecimiento de situaciones fortuitas, de un alea, que, como tal, no permite saber si lo esperado se va a producir o no. Es por ello que la persona efectivamente sólo tiene una esperanza en que dicha situación se produzca, para obtener así ese beneficio o evitar la pérdida. Incluso, para algunos autores, el alea es una característica de hecho de la noción de la pérdida de la oportunidad, de tal manera que la víctima debe estar en una posición donde sólo tiene unas esperanzas para obtener lo que buscaba. // Ahora bien, ese alea o evento fortuito del cual depende la ventaja esperada está representado en la verificación de múltiples factores que pueden llevar a la realización de esa esperanza. Así sucede en el caso de un enfermo que tiene una mera expectativa de recuperar su salud, lo cual no sólo va a depender de un tratamiento adecuado sino también de su respuesta al mismo, de su idiosincrasia, de un evento de la naturaleza, etc., motivo por el cual, y a pesar de que reciba un tratamiento adecuado, no se podrá afirmar con certeza si el resultado se habría o no conseguido (...). Debe, entonces, verificarse, en todos los eventos que se pretenda estudiar como supuestos de pérdida de pérdida de la oportunidad, si la ventaja esperada dependía de un evento fortuito, esto es, si pendía de un alea, pues en caso contrario no podrá seguirse con el estudio de los otros elementos de la figura, en atención a que no se tratará de un caso de pérdida de la oportunidad": GIRALDO GÓMEZ, Luis Felipe *La Pérdida de la Oportunidad en la Responsabilidad Civil. Su Aplicación en el Campo de la Responsabilidad Civil Médica*, Universidad Externado de Colombia, Bogotá, 2011, pp. 55 y 60.

¹⁴ TRIGO REPRESAS, Félix Alberto, *Pérdida de chance. Presupuestos. Determinación. Cuantificación*, Astrea, Buenos Aires, 2008, pp. 38-39. Citado por la sentencia del 11 de agosto de 2010 de la Sección Tercera de esta Corporación, rad. 18593, M.P. Mauricio Fajardo Gómez.

¹⁵ "[L]a chance u oportunidad, es una posibilidad concreta que existe para obtener un beneficio. El incierto es el beneficio pero la posibilidad de intervenir es concreta, pues existe de forma indiscutible. Por eso sostenemos que existe daño jurídicamente indemnizable cuando se impide esa oportunidad o esa chance: se presenta el daño... Las dificultades pueden presentarse en la evaluación, porque lógicamente ésa no puede ser la del beneficio que posiblemente se habría obtenido sino otra muy distinta": MARTÍNEZ RAVÉ, Gilberto y MARTÍNEZ TAMAYO, Catalina, *Responsabilidad civil extracontractual*, Temis, Bogotá, 2003, p. 260. Por otra parte Trigo Represas señala que "[E]n efecto, si la chance aparece no sólo como posible, sino como de muy probable y de efectiva ocurrencia, de no darse el hecho dañoso, entonces sí constituye un supuesto de daño resarcible, debiendo ser cuantificada en cuanto a la posibilidad de su realización y no al monto total



15.5. Pérdida definitiva de la oportunidad. *En tercer lugar se debe acreditar la imposibilidad definitiva de obtener el provecho o de evitar el detrimento. Es indispensable que se tenga la certeza de que la posibilidad de acceder al beneficio o evitar el perjuicio fue arrancada definitivamente del patrimonio -material o inmaterial- del individuo tornándola en inexistente, porque si el beneficio final o el perjuicio eludido aún pendiera de la realización de una condición futura que conduzca a obtenerlo o a evitarlo, no sería posible afirmar que la oportunidad se perdió, ya que dicha ventaja podría ser aún lograda o evitada y, por ende, se trataría de un daño hipotético o eventual¹⁶; dicho de otro modo, si bien se mantiene incólume la incertidumbre respecto de si dicho resultado se iba a producir, o no, la probabilidad de percibir el beneficio o de evitar el perjuicio sí debe haber desaparecido de modo irreversible, en la medida en que si el resultado todavía puede ser alcanzado, el "chance" aún no estaría perdido y, entonces, no habría nada por indemnizar.*

15.6. *Finalmente, si bien en la sentencia de la Sección Tercera del Consejo de Estado proferida el 11 de agosto de 2010¹⁷, se dijo que uno de los requisitos para que pueda considerarse existente la pérdida de oportunidad como daño indemnizable es que "la víctima [se] encuentre en una situación potencialmente apta para pretender la consecución del resultado esperado", la Sala considera que este elemento debe ser replanteado por las siguientes razones:*

15.7. *El análisis de si el afectado se hallaba, para el momento en el cual ocurre el hecho dañino, en una situación tanto fáctica como jurídicamente idónea para alcanzar el provecho o evitar el perjuicio por el cual propugnaba o pretendía escapar no es un elemento del daño de pérdida de oportunidad sino que constituye un criterio para definir la imputación de la entidad demandada. Lo anterior por cuanto probatoriamente puede llegar a concluirse que la víctima no se encontraba en una posición idónea a partir de la cual pueda reclamar la existencia de una pérdida de oportunidad, lo que conllevaría a configurar una causal eximente de responsabilidad estatal. Así las cosas, dicha causal exonerativa puede liberar de responsabilidad al*

reclamado. // La pérdida de chance es, pues, un daño cierto en grado de probabilidad; tal probabilidad es cierta y es lo que, por lo tanto, se indemniza (...) cuando implica una probabilidad suficiente de beneficio económico que resulta frustrada por el responsable, pudiendo valorársela en sí misma con prescindencia del resultado final incierto, en su intrínseco valor económico de probabilidad": TRIGO REPRESAS, Félix Alberto, *Pérdida de chance*, cit., p. 263. Citado por la sentencia del 11 de agosto de 2010 de la Sección Tercera de esta Corporación, rad. 18593, M.P. Mauricio Fajardo Gómez.

¹⁶ A este respecto, la doctrina colombiana presenta este presupuesto en los siguientes términos: "La imposibilidad de obtener la ventaja esperada es un (sic) característica sin la cual no puede solicitarse una indemnización por "pérdida de la oportunidad", por lo cual tanto la jurisprudencia y (sic) como la doctrina acogen esta exigencia sin ningún tipo de discusión. // Ello es así por cuanto si todavía el resultado esperado puede ser alcanzado, la oportunidad no estaría perdida y, en consecuencia, no habría nada que indemnizar. (...) Pensar de manera diferente sería tanto como admitir que una persona que sigue viva y puede aún ser curada por su médico pudiese demandar a un profesional sobre el supuesto de haber perdido la posibilidad de sobrevivir; o el cliente que todavía tiene la posibilidad de que su abogado presente un recurso judicial para hacer efectivos sus derechos, solicitara la indemnización por la pérdida del proceso judicial. Estas situaciones contrastan con el sentido final de la aplicación de esta figura e irían en contravía del principio que exige la existencia de un daño para poder reclamar una reparación.//No hay necesidad de hacer mayores elucubraciones para dar por sentado que la característica analizada debe ser corroborada en todos los procesos en los que se solicita la reparación de la pérdida de una oportunidad": GIRALDO GÓMEZ, Luis Felipe *La Pérdida de la Oportunidad en la Responsabilidad Civil. Su Aplicación en el Campo de la Responsabilidad Civil Médica*, Universidad Externado de Colombia, 2011, p. 71 y 72.

¹⁷ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 11 de agosto de 2010, rad. 18593. Reiteración en sentencia del 30 de enero de 2013, rad. 23769, M.P. Mauricio Fajardo Gómez.



demandado en forma total cuando la víctima con su actuación contribuyó de modo definitivo al truncamiento de la oportunidad y, por ende, debe asumir las consecuencias de su actuación, o puede demostrarse que su actuación, en asocio con el proceder del demandado, incidió de modo relevante en la pérdida de oportunidad, lo que conduciría a afirmar que se presenta un fenómeno de concausalidad, circunstancia en la cual el resultado no será, en principio, la exoneración total de responsabilidad, sino que se aplicará una reducción a la indemnización.

15.8. De esta manera la postura de la Sala apunta a sostener que el estado de idoneidad de la víctima no es un elemento del daño de la pérdida de oportunidad sino un criterio de análisis de la imputabilidad y, por ende, su estudio se aborda al momento de dilucidar la atribución del daño de pérdida de oportunidad.

15.9. Recapitulando lo anterior, la Sala precisa que los elementos del daño de pérdida de oportunidad son: i) Falta de certeza o aleatoriedad del resultado esperado, es decir, la incertidumbre respecto a si el beneficio o perjuicio se iba a recibir o evitar; ii) Certeza de la existencia de una oportunidad; iii) Certeza de que la posibilidad de adquirir el beneficio o evitar el perjuicio se extinguió de manera irreversible del patrimonio de la víctima.

16. Los supuestos de responsabilidad en la pérdida de oportunidad

16.1. Respecto a los supuestos del daño por pérdida de oportunidad, la Sala precisa que pueden presentarse de dos maneras, uno positivo -chance de gain- y otro negativo -chance d'éviter une perte¹⁸. Positiva, cuando la víctima tiene la expectativa legítima de recibir un beneficio o adquirir un derecho, pero por la conducta de un tercero se frustra definitivamente la esperanza de concreción. Negativa, cuando la víctima está sumergida en un curso causal desfavorable y tiene la expectativa que por la intervención de un tercero se evite o eluda un perjuicio, pero que en razón de la omisión o de la intervención defectuosa de dicho tercero, el resultado dañoso se produce y la víctima padece el perjuicio indeseado¹⁹.

16.2. En materia médica los supuestos de daño por pérdida de oportunidad en su perspectiva negativa se suelen presentar, de un lado, por la privación de las expectativas de sobrevivir y, del otro, por la privación de la esperanza de curarse, restablecerse o mejorar su estado de salud²⁰.

¹⁸ DEGUERGUE comenta que la pérdida de oportunidad se representa como una especie de *ion* con un polo positivo y negativo: DEGUERGUE, Maryse, "La perte de chance en droit administratif", in *L'égalité des chances. Analyses, évolutions, perspectives*, dir. G. Koubi y G-J Guglielmi, La Découverte, 2000, p.198.

¹⁹ Giraldo Gómez precisa que en el ámbito de la responsabilidad del Estado por actividades médicas, la vertiente negativa es la más común, ya que el paciente no tiene en sí la esperanza de obtener un beneficio real, todo lo contrario, al estar involucrado dentro de una ruta patológica y clínicamente adversa a sus intereses que lo puede conducir a sufrir los efectos de un perjuicio cierto y definitivo, tiene la esperanza de que un profesional de la medicina interrumpa el curso causal irreversible; sin embargo, la oportunidad del paciente se extingue por la omisión o la defectuosa atención de la entidad prestadora del servicio de salud, con lo que se produce indefectiblemente la muerte o la lesión. Cfr. GIRALDO GÓMEZ, Luis Felipe, *La pérdida de la oportunidad en la representación civil. Su aplicación en el campo de la responsabilidad civil médica*, Universidad Externado de Colombia, Bogotá, 2011, p. 178 a 187.

²⁰ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 3 de mayo de 1999, rad. 11943, M.P. Jesús María Carrillo Ballesteros: "La Sala al resolver el caso sub-exámene, tiene en cuenta que en la doctrina y en la jurisprudencia francesa, existe una corriente, según la cual, procede la pretensión indemnizatoria cuando la muerte o el desmejoramiento de la salud ocurre por la pérdida de una oportunidad de sobrevivir o de curación -pérte d'une chance, de survie, de guérison-. En estos eventos, la actuación del servicio, estructuralmente concebido,



16.3. En lo concerniente a la imputación del daño de pérdida de oportunidad, bien sea de un beneficio que se iba recibir o un perjuicio que se buscaba evitar, se presentan obstáculos frente a cuestiones de omisión. Si bien en casos de acción, esto es, participación activa del agente dañoso, se debe acreditar certeza causal entre la conducta generadora de daño y la desaparición de las probabilidades del beneficio o de evitación del perjuicio, en la medida que la ausencia de dicho vínculo conduce ineludiblemente a exonerar de responsabilidad al demandado, en casos de omisión absoluta se presentan dificultades de orden teórico y práctico para hablar de causalidad entre una omisión y un daño²¹, razón por la cual, la Sala ha propuesto recientemente la adopción de criterios normativos de atribución que, de una manera más coherente y lógica, explican conceptualmente la posibilidad de imputar responsabilidad por un daño en cuya producción fáctica no hubo un componente volitivo del agente dañoso -caso típico de las omisiones-²². De modo que en estos casos no es posible aceptar que la omisión causó la pérdida de oportunidad, ya que como fenómeno natural la omisión nada produce -ex nihilo nihil fit-, lo que exige determinar, en términos de imputabilidad jurídica y no de causalidad

se reputa fallido y como consecuencia de ello se frustran las posibilidades de curación. En el caso bajo estudio, bien puede afirmarse que la inactividad en la consecución de la escanografía, creó un riesgo injustificado, es decir, generó un estado de peligro - creación fautive d'un état dangereux- que el paciente no estaba obligado a soportar. En armonía con lo hasta aquí expuesto, en el caso sub-exámene el daño resarcible se concreta en la disminución de las probabilidades de sobrevivir o de sanar". Sección Tercera, sentencia del 10 de junio del 2014, rad. 25416, M.P. Ricardo Hoyos Duque: "Debe advertirse que para que haya lugar a la reparación no es necesario acreditar que una adecuada prestación del servicio médico asistencial hubiera impedido el daño, pues basta con establecer que la falla del servicio le restó al paciente oportunidades de sobrevivir o de curarse". Sección Tercera, sentencia del 26 de abril de 1999, rad. 10755, M.P. Ricardo Hoyos Duque: "Si bien es cierto que no existe certeza en cuanto a que de haberse realizado un tratamiento oportuno el paciente no hubiera muerto pues nunca se tuvo un diagnóstico definitivo de la enfermedad que padecía, sí lo es en cuanto a que el retardo de la entidad le restó oportunidades de sobrevivir. Se trata en este caso de lo que la doctrina ha considerado como una "pérdida de una oportunidad". Sección Tercera, sentencia del 14 de junio del 2011, rad. 13006, M.P. María Elena Giraldo Gómez: "La Sala desconoce el grado de dolencia cardíaca de la paciente y por lo mismo ignora, por la falta de conocimiento científico médico, si en el evento de que se le hubiese hospitalizado aquella hubiese sobrevivido; pero lo que sí conoce es que está probado que la omisión administrativa, en hospitalizar la paciente, le frustró la oportunidad de intentar recuperarse".

²¹ En la sentencia de 29 de mayo de 2014, rad. 30108, se sostuvo: "el juicio de imputación de responsabilidad por omisión no depende ni se debe confundir con la causalidad, ya que esta última vincula de manera fenomenológica la causa con su efecto, mientras que el juicio de imputación vincula ciertas condiciones que interesan al ordenamiento jurídico con los efectos dispuestos por la norma (...) para que opere el juicio de imputación por falla del servicio por omisión, no es imperativo probar el nexo causal entre el daño y el hecho dañino, pues buscar el vínculo causal, como presupuesto del juicio de responsabilidad para acceder al débito resarcitorio, conduciría inevitablemente a un estadio de exoneración de la responsabilidad o a un *regressus ad infinitum* de la equivalencia de condiciones...".

²² En sentencia de 29 de agosto de 2013, rad. 29133, con ponencia de quien proyecta el presente fallo, se indicó: "Los problemas de imputación de responsabilidad frente a eventos de omisión ha llevado a la doctrina a proponer fórmulas de solución más coherentes, como lo son los criterios normativos de atribución, los cuales han tenido desarrollo en la teoría de la imputación objetiva, que ha sido acogida en algunos eventos por la jurisprudencia de la Corporación, fundamentalmente en aquellos en los que se predica del Estado su posición de garante. // Las entidades obligadas a prestar el servicio de salud tienen la posición de garante frente a los pacientes que soliciten esos servicios. Por lo tanto, ven comprometida su responsabilidad cuando se abstengan de ofrecer al paciente los tratamientos que estos requieran, de acuerdo con los desarrollos científicos y tecnológicos y el nivel de atención de la institución de que se trate, o en su defecto de la remisión oportuna del paciente a una entidad de mayor nivel, y esa omisión implique para el paciente la pérdida de oportunidad de recuperar su salud, preservar su vida o al menos mantener condiciones estables en su afección".



fenomenológica²³, si es posible o no atribuir la pérdida de oportunidad en razón de una infracción del contenido obligacional, esto es, en otras palabras, una falla probada.

16.5. En conclusión, cuando se considera la pérdida de oportunidad como un supuesto en el que la secuencia fáctica podría conducir a la víctima a recibir un beneficio, pero su proceso de concreción es paralizado como consecuencia de la acción de un tercero, el juicio de responsabilidad depende de la prueba de la relación causal, es decir, un vínculo fáctico entre la conducta del agente y la frustración de las posibilidades, pues para la Sala sería absurdo proferir un juicio de imputación en su contra cuando este no ha causado la privación de la oportunidad; pero, en eventos en los que la pérdida de oportunidad de evitar un perjuicio se manifiesta como una omisión absoluta, es innecesario el estudio de la causalidad, ya que este no participó desde un punto de vista fáctico en el despojo de la oportunidad; sin embargo, esto no significa que se descarte de plano una atribución de responsabilidad por la pérdida de la oportunidad, ya que este es un problema que deberá ser resuelto necesariamente no mediante el vínculo causal entre la omisión y la pérdida de probabilidades de evitar el menoscabo de un derecho, sino mediante el juicio de imputación por infracción a sus obligaciones que incidieron en el truncamiento de la oportunidad.” (Subrayado del Despacho)

El material probatorio allegado al expediente lo componen especialmente la historia clínica y los dictámenes periciales.

En primer lugar, resulta pertinente citar las conclusiones del Comité Auditor respecto del caso concreto en donde se dijo lo siguiente:

“La paciente ingresó a la institución por politrauma secundario a accidente de tránsito como peatón, recibiendo valoraciones oportunas, adecuadas y pertinentes por los servicios referidos según su evolución clínica y paraclínica, con estrecha vigilancia en relación a la magnitud del trauma y dado el alto riesgo de complicaciones asociadas a su patología hepática de base y otros antecedentes, sin embargo, dada su evolución tórpida y al riesgo con que cursaba la paciente, se decidió iniciar manejo en UCI, donde fue observada estrictamente en la unidad por 4 días sin evidenciar deterioro clínico, dado por adecuado patrón respiratorio, ausencia de estigmas de sangrado digestivo, sin deterioro en su evolución neurológica, por lo que se decidió traslado a estancia general en pisos para continuar manejo por servicio tratante y continuar estudios de control.

Durante su estancia en pisos la paciente cursó con deterioro marcado de su estado general, llegando incluso a requerir soporte ventilatorio e inotrópico, sin responder adecuadamente a este manejo, cursando hacia la muerte. Es de anotar que la paciente no presentó leucocitosis ni trombocitosis, que es la respuesta más común a cuadros infecciosos severos, no obstante se tomaron laboratorios específicos reactivos de fase aguda y hemocultivos, demostrándose en éstos la presencia de un germen grampositivo, como es S. aureus, por lo que se inició tratamiento antibiótico guiado por sensibilidad de antibiograma.

²³ “En los fenómenos de omisión, no es relevante para el instituto de la responsabilidad establecer las causas, sino definir por qué un determinado resultado dañoso, como el que se presenta en este caso, debe ser atribuido a persona distinta de la que lo ha padecido o causado, lo cual se determina con arreglo a criterios jurídicos y no naturales”. Sentencia de 29 de mayo de 2014, rad. 30108, op. cit.



Es de anotar que la evidencia de varices esofágicas y pangastritis erosiva sin evidencia de sangrado digestivo, ecocardiograma con hipertensión pulmonar y derrame pericardico, además de leve patrón colestásico dado por hiperbilirrubinemia a expensas de bilirrubina directa e hipoalbuminemia con ligera prolongación de tiempos de coagulación nos sugiere una hepatopatía crónica severa con signos de síndrome de hipertensión portal que, de base, sugieren un compromiso en el pronóstico vital de la paciente dado por estas comorbilidades, muy reservado a mediano plazo y con alto riesgo de complicaciones, dada la asociación con el politrauma de la paciente. Dentro de estas complicaciones se pueden contemplar ser eventos por sangrado intraabdominal, hemorragia gastrointestinal, sangrado a nivel parenquimatoso cerebral, eventos relacionados con procesos protrombóticos como puede ser tromboembolismo pulmonar y más aún la presencia de un infarto agudo de miocardio, igualmente la posibilidad de procesos infecciosos en una paciente inmunocomprometida por su patología de base es latente.

Debe tomarse en cuenta que la paciente presentaba patologías de base, hecho que complicó su cuadro clínico, si se tiene en cuenta el trauma producido por el accidente, lo que desencadenó una serie de eventos que terminaron en complicaciones que finalmente comprometieron su vida." (Subrayado del Despacho)

Se destaca de lo consignado en este documento que la paciente no presentó los síntomas comunes que evidenciaran el desarrollo de un proceso infeccioso, es decir, no presentó la sintomatología común.

El dictamen pericial y en su complementación rendido por el doctor JOSÉ GUILLERMO RUÍZ RODRÍGUEZ responde a los interrogantes planteados de la siguiente forma:

Pregunta	Respuesta
A. Al sufrir un politraumatismo en el que se evidencia trauma facial con herida supra ciliar izquierda, fractura de huesos de la cara, trauma dental alveolar, equimosis peri orbitaria derecha, trauma craneoencefálico con conmoción cerebral, trauma de tórax con contusión miocárdica y pulmonar, fractura tercio proximal medio de la clavícula y hematoma pedregal derecho, el diagnóstico de hepatitis B puede agravar la situación, en caso afirmativo como se evidencia dicha circunstancia.	<p>Por lo revisado en la historia no había un diagnóstico reciente de Hepatitis B, al parecer este es un antecedente que la paciente sufrió, en la infancia asociada a transfusión sanguínea, no se encontró evidencia en lo revisado de la historia clínica de que existiera actividad de la Hepatitis B, lo que sí es claro es que existían secuelas de la hepatitis B, dadas por cirrosis hepática con síndrome de hipertensión portal, por los datos de varices esofágicas, esplenomegalia y trombocitopenia.</p> <p><u>Es también de anotar que por alguna razón la paciente a su ingreso no manifiesta este importante antecedente, faltando a uno de los deberes del paciente como es la de brindar información completa y veraz al médico.</u></p> <p>La cirrosis hepática por supuesto que es una condición muy importante y puede complicar un politraumatismo de la magnitud del ocasionado por la buseta a YEHIMI MARISOL CONTRERAS CARDONA, por ser una enfermedad crónica puede ocasionar un cuadro de desnutrición, dificulta la síntesis de proteínas especialmente la albúmina, puede alterar de manera importante la coagulación sanguínea y hacer más prono al paciente a sangrado en los sitios del trauma, puede favorecer la inestabilidad hemodinámica característica de paciente con trauma múltiple, puede afectar otros órganos como riñón y sistema nervioso central y afecta de manera importante el sistema inmunológico en varios de sus componentes. Es de resaltar que de lo registrado en la historia clínica y utilizando una clasificación de la severidad de la enfermedad hepática conocida como clasificación de CHILD - PUGH, esta correspondería a clasificación A es decir leve.</p>
B. ¿Verificada la historia clínica ante los signos que presentaba la	De acuerdo a los síntomas y signos que YEHIMI MARISOL CONTRERAS CARDONA presentaba para el 7/06/08 al 8/06/08 tenía indicación evidente de



REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO SESENTA (60) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO

-SECCIÓN TERCERA-
BOGOTÁ D.C.

Pregunta	Respuesta
<p>paciente luego de salir de la Unidad de Cuidados Intensivos era necesario ingresarla nuevamente a dicha unidad? , en caso afirmativo ¿la demora por no encontrarse disponibilidad en una UCI y teniendo en cuenta la infección urinaria, los signos de sepsis y el deterioro rápido del estado general pueden influir en el fallecimiento de la paciente?</p>	<p>ingreso a cuidado intensivo, por lo que aparece en la historia clínica esta solicitud se hizo por el servicio de cirugía general, interconsulta que fue respondida por el médico de la unidad de cuidado intensivo el mismo 7/06/08 a las 22:00 horas en estos términos "paciente con politraumatismo cerrado de tórax y abdomen, quien está desarrollando insuficiencia renal aguda con acidosis y anasarca, causa no clara, compresión hematoma o taponamiento.</p> <p>Requiere UCI y por el momento no hay disponibilidad de cama, se recomienda remisión a otra institución. Se sugiere monitoria invasiva, catéter central, sonda vesical, control estricto de signos vitales y líquidos. Solicitar nuevos electrolitos, Bun, creatinina, función hepática, TP, TPT, radiografía de codo doppler venoso".</p> <p>También por lo que se puede evidenciar de lo descrito en la historia clínica, la unidad de cuidado intensivo de este hospital es de una alta demanda y no se disponían de camas para el traslado inmediato de YEHIMI MARISOL CONTRERAS CARDONA, por lo que procede como se hizo, es buscar remitirla a una UCI de otro hospital.</p> <p>Por otro lado, por lo descrito entre el 06/06/08 y el 08/06/08 la paciente presento insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica, fue intubada y puesta en ventilación mecánica. Se documento choque séptico, se reanimó con líquidos endovenosos, se pasó catéter venoso central y se inició manejo vasopresor con tres medicamentos (Dopamina, Noradrenalina y Vasopresina), así mismo se inició el manejo antibiótico de amplio espectro. La paciente fue trasladada a el área de recuperación para contar con monitoria continua. En otras palabras, a pesar de no contar con la unidad de cuidado intensivo de manera inmediata, se hizo el manejo indicado en estos casos en otra área del hospital y recibió la atención especializada indicada para estos casos, por lo tanto en mi opinión la falta de disponibilidad de cama en la unidad de cuidado intensivo habiéndose realizado las acciones descritas no influyeron en el resultado.</p>
<p>C. Si la paciente se hubiese ingresado a la Unidad de Cuidado Intensivo en forma inmediata ante los signos que presentaba podía haberse evitado la muerte.</p>	<p>Como se comentó en el punto anterior, la paciente presentaba un cuadro de choque séptico refractario secundario a bacteréemia por estafilococo aureus, menos probable por infección urinaria por Citrobacter freundii y disfunción orgánica múltiple con compromiso, pulmonar, cardiovascular y renal, en una paciente con cuadro de cirrosis y una respuesta inmunológica deteriorada por esta condición. En lo descrito en la historia clínica recibió la atención oportuna y especializada en estos casos como reanimación hídrica, soporte respiratorio, soporte vasopresor, manejo antibiótico inmediato y monitoria multimodal continua en el área de reanimación, a pesar de no tener disponibilidad de camas en la unidad de cuidado intensivo.</p> <p>La mortalidad que se describe en la literatura universal para choque séptico y disfunción orgánica múltiple de esta magnitud es alta y oscila entre un 50 hasta un 70%, por lo tanto el pronóstico de YEHIMI MARISOL CONTRERAS CARDONA era pobre y agravado por las consecuencias de su disfunción hepática crónica.</p> <p><u>Por lo anterior, no se puede afirmar que si YEHIMI MARISOL CONTRERAS CARDONA hubiese ingresado a la Unidad de Cuidado Intensivo en forma inmediata podía haberse evitado la muerte.</u></p>
<p>D. Al ser diagnosticado el trauma craneoencefálico y el trauma cardíaco, estos pueden generar infección urinaria y sepsis urinaria, ante el trauma sufrido como consecuencia del accidente de tránsito que complicaciones podría sobrevenir en la salud de YEHIMI MARISOL.</p>	<p>No, el trauma craneoencefálico y el trauma cardíaco por si mismos no generan infección urinaria, ni sepsis.</p> <p>Las complicaciones de un paciente poli traumatizado son múltiples podríamos decir que algunas están en relación directa con el trauma como el choque hipovolémico hemorrágico, las lesiones directas de acuerdo al sitio del golpe como diversos grados de alteración de la consciencia en trauma craneo encefálico, contusión pulmonar, hemo neumotórax, contusión cardiaca, taponamiento cardiaco, hemoperitoneo, lesión de víscera solida u hueca y diversos tipos y grados de fracturas óseas. Por otro lado, hay también varias complicaciones que son resultado tardío del trauma o complicaciones de las intervenciones que son</p>



REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO SESENTA (60) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO

-SECCIÓN TERCERA-
BOGOTÁ D.C.

Pregunta	Respuesta
	<p>necesarias para atender el trauma; estas complicaciones incluyen insuficiencia respiratoria hipoxémica, con síndrome de dificultad respiratoria aguda, diversos tipos de choque, falla renal aguda, rhabdomiólisis, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar aguda y por supuesto una de las más frecuentes y graves como son las infecciones.</p>
<p>E. La Lex artis en caso como este que procedimiento señala para su tratamiento.</p>	<p>De acuerdo a la resolución 1043 de 2006, vigente para la fecha de los hechos, la institución prestadora de servicios de salud, debe contar con guías y protocolos de práctica clínica para las patologías que comúnmente atiende, no tengo la información de la guía que seguían en el Hospital de Kennedy para la fecha de los hechos que nos ocupan, pero en general si seguimos las recomendaciones que aparece en las guías del American College of Surgeons conocidas con el acrónimo de ATLS (Advanced Trauma Life Support) podemos brevemente resumir el manejo del politraumatismo en tres momentos.</p> <ul style="list-style-type: none">- Valoración primaria: Los pacientes son evaluados y sus prioridades de tratamiento se establecen, en función de sus lesiones, signos vitales, y los mecanismos de lesión. Las prioridades de tratamiento se establecen sobre la base de evaluación del paciente de manera lógica y secuencial. Las funciones vitales del paciente debe ser evaluado de manera rápida y eficiente. Una evaluación primaria rápida con reanimación simultánea es lo que se recomienda. La evaluación primaria abarca el ABCDE de cuidado en trauma e identifica condiciones que amenazan la vida: A. Mantenimiento de la vía aérea con restricción del movimiento de la columna cervical. B. Respiración y ventilación C. Circulación con control de la hemorragia D. Discapacidad (evaluación del estado neurológico) E. Exposición / control ambiental.- Valoración secundaria. La evaluación secundaria es una evaluación de cabeza a pies del paciente traumatizado, es decir, una historia completa y examen físico, incluida la reevaluación de todos los signos vitales. Cada región del cuerpo será completamente examinado. El potencial de dejar pasar una lesión o no apreciar la importancia de una lesión es grande, especialmente si no responde o esta inestable el paciente.- Valoración terciaria. Los pacientes de trauma deben ser reevaluados constantemente para garantizar que los nuevos hallazgos no se pasan por alto y para descubrir cualquier deterioro en las recomendaciones previamente anotadas. Como las lesiones iniciales que amenazan la vida son manejadas, otros problemas igualmente peligrosos para la vida y lesiones menos graves pueden ser evidentes, lo que puede afectar significativamente el pronóstico final de la paciente. Un alto índice de sospecha facilita la detección temprana diagnóstico y manejo. <p>Monitoreo continuo de signos vitales, saturación de oxígeno y la producción urinaria es esencial. Para pacientes adultos, gasto urinario de 0.5 mL / kg / h es recomendable. Análisis periódicos de Gases sanguíneos y monitoreo de CO2 al final de la espiración son útiles en algunos pacientes. El alivio del dolor severo es una parte importante de tratamiento para pacientes traumatizados, muchas lesiones especialmente lesiones músculo esqueléticas, producen dolor y ansiedad en pacientes inconscientes, analgesia efectiva generalmente requiere la administración de opiáceos o ansiolíticos por vía intravenosa generalmente.</p>
<p>F. Según la historia clínica, ¿se puede evidenciar un tardío diagnóstico respecto de politraumatismo consistente en trauma facial con herida supra ciliar izquierda, fractura de huesos de la cara, trauma dental alveolar, equimosis peri orbitaria derecha, trauma craneoencefálico con conmoción cerebral, trauma de tórax con contusión miocárdica y</p>	<p>No, YEHIMI MARISOL CONTRERAS CARDONA ingresa el 22/05/2008 a las 22+52 horas víctima de un accidente de tránsito al ser atropellada por una buseta en calidad de peatón desde su ingreso el diagnóstico es "Impresión Diagnóstica. Traumatismo facial. Trauma craneoencefálico leve a moderado. Trauma Cervical. Fractura de Clavícula". El 23/05/08 YEHIMI MARISOL CONTRERAS CARDONA fue valorada por los servicios de Neurocirugía, Ortopedia y Cirugía Maxilofacial, donde se revisaron y trataron las lesiones ya referidas. Posteriormente de acuerdo a la evolución se documenta la contusión miocárdica y posiblemente contusión pulmonar, también se documenta el hematoma pedregal izquierdo, por lo cual la paciente se maneja en la unidad de cuidado intensivo; no encuentro que exista evidencia de un diagnóstico tardío en relación con el trauma múltiple.</p>



REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO SESENTA (60) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
-SECCIÓN TERCERA-
BOGOTÁ D.C.

Pregunta	Respuesta
pulmonar, fractura tercio proximal medio de la clavícula y hematoma pedregal derecho y de los signos de sepsis que presentaba la paciente?	<p><u>La paciente continua a cargo del servicio de Neurocirugía, el 27/06/2008 al parecer se conoce el antecedente de hepatitis B y la paciente presenta un pico febril, el cual se repite el 29/06/2008, es valorada por el servicio de medicina interna, solicitando entre otros estudio hemocultivos y urocultivos; de acuerdo a lo encontrado en la historia clínica estos cultivos fueron impresos el 3/06/2008 y fueron positivos los hemocultivos para estafilococo aureus sensible a oxacilina en dos hemocultivos y el Urocultivo para Citrobacterfreundii; no encontré en lo revisado en la historia clínica, evidencia en las evoluciones de la interpretación de estos cultivos y por lo tanto no se tomó ninguna conducta en relación al manejo antibiótico en esta paciente; solamente cuando desarrolla el cuadro de choque séptico refractario recibe Piperacilina Tazobactam y Vancomicina; aunque en lo descrito en las evoluciones de la historia clínica no se describen signos claros de sepsis, la interpretación de los cultivos era importante y podría adicionar elementos para este diagnóstico. Por lo anterior, para el diagnóstico de sepsis pudo haberse incurrido en un retraso en el mismo.</u></p>
G. Si la infección urinaria, la sepsis, el trauma torácico, la disnea, el estado confusional, la insuficiencia respiratoria con acidosis en anasarca, pueden ser catalogados como síntomas o signos propios del trauma sufrido, o si por el contrario, sería consecuencia de la hepatitis B que presentó la paciente.	<p>La pregunta no es clara, por supuesto el trauma torácico ocasiona síntomas y signos propios del trauma sufrido.</p> <p><u>En relación con la disnea, estado confusional, insuficiencia respiratoria, acidosis metabólica y anasarca estos son características clínicas de la sepsis y choque séptico que la paciente presentó en su desenlace final, en mi opinión esta condición fue producto de una estafilococemia, como se evidencian en los hemocultivos ya comentados y menos probable ocasionado por una infección urinaria por Citrobacter freundii, germen que con frecuencia es un colonizante de este tipo de pacientes con necesidad de uso de sonda vesical.</u></p> <p>Así las cosas, la infección, la sepsis y el choque séptico, los podemos considerar como complicaciones frecuentes en el paciente poli traumatizado pero no como algo propio o inherente al trauma mismo.</p> <p>Los síntomas y signos descritos no tienen ninguna relación con el antecedente de Hepatitis B, como se expresó previamente, la paciente secundario a una infección por virus hepatotrofos en la infancia, desarrollo cirrosis hepática y síndrome de hipertensión portal condición que puede afectar diferentes componentes del sistema inmunológico, como sistema, retículo citoplasmático, complemento, producción de citoquinas entre otras y esto hacer a la paciente más susceptible a adquirir infecciones.</p>
H. Para finalizar, se deberá valorar todo el procedimiento médico descrito en la historia clínica realizada por cada uno de los especialistas con el fin de determinar si se encuentra o no conforme con los protocolos de salud y la Lex artis.	<p>De acuerdo con la resolución 1043 de 2006, vigente para la fecha de los hechos, la institución debía contar con guías de práctica clínica y protocolos de los procedimientos los cuales no se cuentan para este análisis pericial.</p> <p><u>Una vez revisada detenidamente la historia clínica en relación a este caso, podemos considerar que el actuar medico como se describió anteriormente estuvo conforme a la Lex artis, guías y protocolos más comúnmente aplicados en el mundo para esa fecha en relación con el manejo de una paciente poli traumatizada y las guías del manejo de la sepsis y el choque séptico; con la salvedad expresada en el inciso F.</u></p>



ADICIÓN Y COMPLEMENTACIÓN

Pregunta	Respuesta
<p>Si en la historia clínica, al momento del ingreso, el médico que diagnóstico preliminarmente a la paciente, le formuló alguna pregunta relacionada con sus antecedentes clínico-quirúrgicos o no era su deber, frente a una paciente de las condiciones de YEHIMI MARISOL CONTRERAS.</p>	<p>Según lo anotado en la historia clínica de ingreso Nro. 0710703 Folio 82, aparece una casilla dedicada a los ANTECEDENTES, donde se señala que se indago sobre antecedentes patológicos y dice "Patología pulmonar que no precisa. Laringitis a repetición" de tal manera que se presume que se le pregunto sobre su historia médica previa y la paciente solo manifestó los antecedentes patológicos que aparecen entre-comillas, se anota además "mala información", lo que se presume también que por su situación clínica en ese momento o por omisión, la paciente no manifestó el antecedente de Hepatitis B, ni de cirrosis hepática.</p> <p>De acuerdo a la Resolución 1995 de 1999 y la Resolución 2546 de 1998 ES OBLIGATORIO el registro de esta información, en mi opinión este deber se cumplió por lo que aparece consignado en la historia clínica de ingreso.</p>
<p>Si de acuerdo con los protocolos médicos, es posible que al paciente se le haya negado atención vital en la UCI y en la ESE Hospital de Kennedy para ese entonces, tal como sucedió el día 8 —JUN-08, fecha del deceso: cuando aparece una observación en la historia clínica, en la que se manifiesta que el "PACIENTE PASA DE PISO A UCI INT, CUMPLE TOPE DE LA ENTIDAD SEG. DEL ESTADO-FOSYGA VA POR \$2.235.401 OK OJO VA PARA TOPE TOTAL." Con el antecedente que el día 07-JUN-09 a la señora ISAURA CARDONA madre de la paciente, sugirieron que la cambiara de institución, so pretexto que el Hospital no tenía camas disponibles en cuidados intensivos; ocurriendo el deceso a las 12:30 horas de ese día, por paro cardio respiratorio, según se aprecia al FI 9 del plenario, en el que aparece el registro de remisión.</p>	<p>El abogado mezcla una serie de elementos de tipo técnico científico y de orden administrativo, por lo que me permito desglosar las aclaraciones que solicita:</p> <p>2.1 En los protocolos médicos NO se incluye temas de tipo administrativo como lo sugiere la pregunta, el protocolo se define como "un documento que describe en resumen el conjunto de procedimientos técnico-médicos necesarios para la atención de una situación específica de salud. Los protocolos pueden formar parte de las Guías de Práctica Clínica y se usan especialmente en aspectos críticos que exigen apego total a lo señalado, como ocurre en urgencias (reanimación) o bien cuando hay regulación legal, como en medicina forense (1). De tal manera que ningún protocolo medico incluye temas de índole administrativo y mucho menos están diseñados para "negar la atención" a un paciente.</p> <p>2.2 En relación a la observación que aparece en la historia clínica "PACIENTE PASA DE PISO A UCI INT, CUMPLE TOPE DE LA ENTIDAD SEG. DEL ESTADO-FOSYGA VA POR \$2.235.401 OK OJO VA PARA TOPE TOTAL."</p> <p>Es una anotación de carácter administrativo que realiza la oficina de admisión del Hospital, hace referencia a la fuente de financiación de la atención, como es sabido el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito SOAT, cubre los costos de la atención hasta cierto monto de Minera una vez copado el pagador pasa a ser el Fosyga y la EPS o ARP según el &so, esto de acuerdo a la sentencia T-683 de 2008 de la honorable Corte constitucional "la forma de aseguramiento y la atención médica prevista por el Sistema de Seguridad Social en Salud tiene unas características particulares. El Sistema prevé la existencia de un Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito - SOAT- para todos los vehículos automotores- que circulen en el territorio nacional. La jurisprudencia constitucional en consonancia con las disposiciones legales correspondientes, ha fijado una serie de reglas que deben ser tenidas en cuenta por las diferentes entidades vinculadas al Sistema de Seguridad Social en Salud, en casos de accidentes de tránsito.</p> <p>En relación con la cobertura y pago del costo de los servicios médicos prestados, la jurisprudencia de esta Corporación ha establecido: (i) la clínica u hospital que prestó los servicios a la persona afectada está facultada para cobrar directamente a la empresa aseguradora que expidió el SOAT los costos de los servicios prestados, hasta por el monto fijado por las disposiciones pertinentes, es decir, 500 salarios mínimos diarios legales vigentes al momento del accidente; (ii) si dicho monto resulta insuficiente para garantizar la recuperación del paciente, la entidad médica debe continuar prestando el servicio integral de salud, teniendo en cuenta que puede reclamar ante el Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA - Subcuenta de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito, ECAT -, hasta un máximo equivalente a 300 salarios mínimos diarios legales vigentes al momento del accidente; (iii) más allá del monto de 800 salarios</p>



REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO SESENTA (60) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO

-SECCIÓN TERCERA-
BOGOTÁ D.C.

Pregunta	Respuesta
	<p>mínimos diarios legales vigentes indicados, la responsabilidad del pago de los servicios que hagan falta recae sobre la Empresa Promotora de Salud, la empresa de medicina prepagada a la que se encuentre afiliada la víctima, al régimen subsidiado de ser el caso, o la Administradora de Riesgos Profesionales en los casos en los que el accidente haya sido calificado como accidente de trabajo. Eventualmente, podrían corresponder también al conductor o propietario del vehículo una vez haya sido declarada su responsabilidad por vía judicial" (2).</p> <p>De tal manera, que la anotación tiene un carácter administrativo y de facturación del hospital a sus respectivos pagadores, lo cual es ajeno al manejo médico y requerimientos de cuidado de los pacientes, no encuentro en la historia clínica elementos que indiquen que esta consideración administrativa hubiese afectado la atención médica prestada a YEHIMI MARISOL CONTRERAS.</p>
<p>Según las anotaciones de la historia clínica Folio 44 aparece con fecha 07/06/08 a las 19: 15 la solicitud de interconsulta para la Unidad de cuidado Intensivo, la interconsulta se responde ese mismo día a las 22 horas en los siguientes términos "paciente con politraumatismo cerrado de tórax y abdomen, quien está desarrollando insuficiencia renal aguda con acidosis y anasarca, causa no clara, compresión hematoma o taponamiento. Requiere UCI y por el momento no hay disponibilidad de cama, se recomienda remisión a otra institución. Se sugiere monitoria invasiva, catéter central, sonda vesical, control estricto de signos vitales y líquidos. Solicitar nuevos electrolitos, Bun, creatinina, función hepática, TP, TPT, radiografía de codo Doppler venoso" (Resaltado fuera del texto), de acuerdo a esto la especialista de la UCI anota que claramente la paciente requería traslado a UCI, claramente dice también que no hay disponibilidad de camas en la institución, situación frecuente en este tipo de hospitales de alta demanda de pacientes críticos y en ausencia de este recurso recomienda que sea remitida a otra institución.</p>	<p>No encuentro elementos que sugieran que hubo falsedad en documento privado, ni que existiendo disponibilidad de camas, se le haya negado la atención a YEHIMI MARISOL CONTRERAS. De acuerdo al criterio del señor Juez, le correspondería a la ESE Hospital de Kennedy probar que efectivamente para la fecha de los hechos no se disponía de camas en la Unidad de Cuidado Intensivo, por lo que se iniciaron por esta razón y no por otra, los tramites de remisión a otro hospital con disponibilidad de Unidad de Cuidado Intensivo.</p>
<p>Cuál era el grado de choque séptico y disfunción orgánica presentaba la paciente, en razón a que YEHIMI MARISOL CONTRERAS, habiendo ingresado el 22 de Mayo de 2018 a las 22:00 horas por trauma en cara, herida supra ciliar izquierda, sangrado sin pérdida de la conciencia Fl. 61, herida facial sin fracturas, causado en accidente</p>	<p>Para ilustración de esta aclaración, me permito definir el termino de choque séptico de acuerdo a los consensos para la fecha de los hechos, se aclara también que hay un error en la pregunta del abogado, la paciente ingresa el 22 de Mayo de 2008 y no en esa fecha del 2018, aclarado ese error de transcripción, la definición de choque séptico más ampliamente aceptada es "Forma grave de sepsis con insuficiencia circulatoria aguda, que se caracteriza por hipotensión persistente (presión sistólica <90 mm Hg, presión media <65 mm Hg o reducción de la presión sistólica en >40 mm Hg), a pesar de una apropiada reposición con fluidos y que por lo tanto requiere la administración de fármacos vasoconstrictores", es decir el choque séptico es un subgrupo de la sepsis, en esta situación el compromiso cardiovascular del paciente víctima de sepsis es lo</p>



REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO SESENTA (60) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO

-SECCIÓN TERCERA-
BOGOTÁ D.C.

Pregunta	Respuesta
<p>de tránsito permanezca hasta (08-JUN-2008 a las 12:30 horas, cuando muere, después de haber permanecido estable, consciente, animada, en buen estado general.</p>	<p>que predomina y se manifiesta por hipotensión persistente que no responde a la administración de líquidos endovenosos y requiere el uso de fármacos vasoconstrictores. De tal manera que para responder la pregunta el choque séptico es una condición muy grave que como se expresó en el dictamen inicial se acompaña de una alta mortalidad y que no se "gradúa" específicamente, si no que se considera como parte de la disfunción orgánica múltiple que caracteriza la sepsis. (1)</p> <p>En relación al grado de disfunción orgánica múltiple, desde la fecha de los hechos se utiliza una escala para diagnosticar, seguir y establecer pronóstico, que es la escala conocida como SOFA de sus siglas en inglés "Sequential Organ Failure Assessment, esta escala utiliza algunos indicadores de disfunción en por lo menos 6 órganos, neurológico, cardiovascular, pulmonar, renal, hematológico y hepático, le asigna un puntaje de 0 a 4 y luego los suma,-entre mayor sea el puntaje peor es el pronóstico, es decir mayor es el riesgo de morir, aunque en los registros de la historia clínica revisados no hay específicamente calculado este puntaje, por lo descrito en la misma podríamos estimarlo entre 12 a 15 puntos lo que se asocia a una mortalidad entre el 80 y 92%. (2)</p> <p>La paciente víctima de accidente de tránsito permaneció desde el 22 de Mayo de 2008 hasta el 8 de Junio de 2008, por varias complicaciones relacionadas con el politraumatismo de la cual fue víctima, presenta alta sospecha de contusión miocárdica y pulmonar por lo que debió ser hospitalizada en cuidado intermedio desde el 31 de Mayo hasta el 4 de Junio de 2008. Posteriormente presenta complicaciones infecciosas graves, la bacteremia por estafilococo aureus sensible a oxacilina y una posible infección urinaria por citrobacter freundii; lo que ocasiona el choque séptico y disfunción orgánica múltiple que finalmente determinan su deceso. Los signos de infección empiezan a parecer hacia el 27 y 29 de Mayo de 2008, al momento de su ingreso no hay registros de signos de infección bacteriana activa.</p>
<p>Numeral 8.7: Según la historia clínica, cuando y como adquirió YEHIMI MARISOL CONTRERAS, la infección que le segó la vida y porque le fue tratada tardíamente siendo que permaneció 18 días hospitalizada.</p>	<p>4.1 Cuando adquirió la infección? YEHIMI MARISOL CONTRERAS, ingresa el 22/05/2008 con los diagnósticos ya conocidos, con antecedentes de Cirrosis Hepática por Hepatitis B, según los datos de historia clínica a su ingreso no presentaba signos de infección, por lo descrito allí hay picos febriles el 27/05/2008 el cual se repite el 29/05/2008, según la valoración por medicina interna Folio 150-151 se toman cultivos, hemocultivos y Urocultivo; los cuales aparecen en los Folios 46-47 muestras 00048625 y 00048624 tomado el 29/05/08 positivos para S aureus oxacilino sensible y en el Folio 45 muestra 00048531 tomada 29/05/08 positivo para Citrobacterfreundii complex de patrón usual, aparece impreso el 03/06/2008 1 0:55 am, esta sería la fecha del reporte pero no hay claridad al respecto. Es habitual que los cultivos se reporte de manera definitiva o final a los 5 días de incubación.</p> <p>La paciente ingresa a la unidad de cuidado intermedio el 31/05/2008 y sale por mejoría el 4/06/2008, durante su estancia en la UCI no se hace mención de estos cultivos. De allí sale a sala general de cirugía, permanece el 5/06/2008 hasta el 8/06/2008 donde presenta cuadro de choque séptico, función orgánica que termina con el desenlace fatal ya conocido.</p> <p>Por tanto, del 22/05/2008 al 27/05/2008 NO se evidencia en la historia clínica que se describieran signos de infección; teniendo presente que los cultivos tomados el 29/05/2008 fue positivos para los gérmenes arriba mencionados, podríamos decir que retrospectivamente, en esta fecha se confirma la presencia de infección.</p> <p>4.2 Como adquirió la infección? YEHIMI MARISOL CONTRERAS la infección, por los datos consignados en la historia clínica es difícil contestar esta pregunta del abogado; en mi opinión se debió a varios factores:</p>



Pregunta	Respuesta
	<p>4.2.1 La atención en salud. En Colombia las estadísticas revelan un promedio para el periodo 2002 - 2006, con una tasa de infecciones asociadas con la atención en salud (IAAS) que fue del 13,9 x 1000 días / estancia, mientras que en Bogotá el índice global de IAAS fue de aproximadamente 2,4 por 100 egresos hospitalarios. A pesar de que las IAAS se consideran un evento adverso aun en países desarrollados, la OMS estima que entre el 5% y el 10% de los pacientes atendidos en instituciones de salud de países desarrollados contraerán una o más infecciones nosocomiales y que en los países en desarrollo, se calcula que la proporción de pacientes afectados podría superar el 25%. (1)</p> <p>1 Boletín Epidemiológico Distrital de Infecciones Intrahospitalarias publicado en el año 2007</p> <p>4.2.2 Sus antecedentes patológicos. Paciente con cirrosis hepática lo que altera el sistema inmunológico, disminuyendo la capacidad de respuesta del mismo a la exposición de microorganismos.</p> <p>4.2.3 El trauma mismo. Múltiples lesiones en piel y tejidos blandos producto del politraumatismo que condicionan una puerta de entrada de este tipo de organismos de la piel al torrente sanguíneo.</p> <p>4.2.4 La necesidad de monitoria invasiva. Dispositivos médicos usados en estos casos, como sonda vesical y catéteres intravasculares.</p> <p>4.2.4 La necesidad de monitoria invasiva. Dispositivos médicos usados en estos casos, como sonda vesical y catéteres intravasculares.</p> <p>4.3 Porque le fue tratada tardamente habiendo permanecido 18 días hospitalizada?. Como se mencionó anteriormente, desde su ingreso 22/05/2008 hasta el 27/05/2008 que se menciona que presenta fiebre, NO se considera en mi opinión que YEHIMI MARISOL CONTRERAS presentara signos de infección bacteriana en ese periodo, por tanto se considera como una Infección asociada a la atención en salud, la cual se confirma retrospectivamente con los hemocultivos y Urocultivos tomados el 29/05/2008, la paciente se hospitaliza entre otras causas en la Unidad de cuidado intermedio por "Pancitopenia y síndrome Febril", en las notas de evolución no se registra que continuara con fiebre u otros signos de respuesta inflamatoria sistémica. No hay registro de el reporte ni de la interpretación de los cultivos tomados en 29/05/2008. Durante su estancia en cuidado intermedio, no recibió tratamiento antibiótico.</p> <p>El 05/06/2008 Ingres a sala general a cargo de cirugía general, el 6/06/2008 se anota en la evolución "los hemocultivos y urocultivo tomados el 29/05/2008 positivos", solicitan historia clínica antigua para verificar manejo de antibióticos. Folio 65. El 7/06/2008 a las 23:00 horas, se inicia Piperacilina tazobactam y Vancomicina. Folio 66. La paciente continúa la evolución tórpida ya conocida y fallece el 08/06/2008.</p> <p>No se encuentra en la historia clínica revisada elementos de juicio que permitan responder porque los hemocultivos y urocultivo tomados en 29/05/2008 cuyo reporte definitivo al parecer se reporta 5 días después, como es usual, es decir el 3/06/2008, pero solo el 6/06/2008 son consignados en la evolución médica y se inicia el tratamiento antibiótico el 7/06/2008, lo que significa como se anotó en el primer informe (Folio 15) un retraso en el tratamiento del paciente en sepsis y choque séptico. Correspondería a la ESE hospital de Kennedy dar respuesta al interrogante que plantea el abogado.</p>

En el dictamen rendido por el médico infectólogo pediatra GERMÁN CAMACHO MORENO se consignan las siguientes conclusiones:



REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO SESENTA (60) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO

-SECCIÓN TERCERA-
BOGOTÁ D.C.

Pregunta	Respuesta
a. ¿Cuáles son las consecuencias para la vida de una persona, que entre los 3 a 5 años de edad sufre hepatitis B?	<p>R/. El pronóstico de la hepatitis B depende del momento en que ocurre la infección. Si la infección ocurre en el momento del parto, el riesgo de desarrollar hepatitis B crónica es del 90%, este riesgo disminuye considerablemente con la edad, se estima en un 50% si la infección ocurre entre los 1 y 5 años de edad y de un 10% a 20% los que se infectan después.</p> <p>Durante la infancia generalmente la infección es asintomática, puede observarse una leve alteración de las pruebas de función hepática. Esto se conoce como estado de inmunotolerancia, posteriormente algunas personas eliminan el virus y otros desarrollan hepatitis B crónica, esto sucede en los porcentajes descritos previamente. La hepatitis B crónica puede presentar reactivaciones especialmente si en algún momento de su vida se altera la función inmune. El 15% a 40% de los pacientes con hepatitis B crónica pueden desarrollar cirrosis hepática o carcinoma hepatocelular en la edad adulta y el 25% de ellos pueden morir por estas complicaciones, el riesgo de desarrollar estas complicaciones durante la infancia es menor en relación a los adultos, se estima que el 3% a 5% de pacientes con hepatitis B crónica desarrollan cirrosis hepática durante la infancia y el 0,01 y 0,03% desarrollan carcinoma hepático. Algunos pacientes con hepatitis B crónica desarrollan varices esofágicas, las cuales son secundarias a hipertensión portal.</p>
b. ¿Qué tratamiento o recomendaciones debe atender un paciente por el resto de su vida que padeció hepatitis B a los 3 a 5 años de edad?	<p>R/. La infección por hepatitis B usualmente es asintomática en los niños, especialmente si estos son menores de 5 años. El manejo del cuadro agudo es de soporte, es decir se manejan los síntomas y se vigila la evolución clínica. No está indicado un tratamiento específico. Un paciente de esa edad en quien se confirma la infección requiere seguimiento clínico, realización de las pruebas de función hepática y de los estudios para determinar si hay actividad o cronicidad de la enfermedad. También se recomienda hacer estudios para otros virus que causan hepatitis, especialmente para detectar hepatitis A, C y D, así como para detectar infección con VIH.</p> <p>El antiviral está indicado solo en los pacientes que tienen actividad de la enfermedad, la terapia antiviral no está indicada en los pacientes que están en la fase de inmunotolerancia o que no presentan actividad de la enfermedad. Teniendo en cuenta que la mayoría de los niños infectados están en fase de inmunotolerancia, se encuentra que muy pocas veces requieren tratamiento antiviral.</p> <p>En los pacientes con hepatitis B crónica, se recomienda seguimiento con pruebas de función hepática, con ecografía abdominal y alfa fetoproteína de forma anual. De acuerdo al estadio clínico también se recomienda realizar endoscopia digestiva en busca de varices esofágicas.</p>
c. Luego de sufrir un menor de edad hepatitis B ¿Qué signos o síntomas puede presentar a lo largo de su vida?	<p>R/. La infección por hepatitis B puede ser sintomática o asintomática, en los niños menores de 5 años la forma más frecuente es la asintomática. En los niños mayores de 5 años, adolescentes y adultos predomina la forma sintomática.</p> <p>Los síntomas son inespecíficos, se presenta náuseas, malestar, fiebre y fatiga. La hepatitis B aguda puede presentarse con ictericia, inapetencia, vómito. Se ha observado hepatitis fulminante pero esto es muy poco frecuente. Se pueden presentar manifestaciones extra hepáticas tales como exantemas, artralgias, artritis, trombocitopenia, glomerulonefritis y síndrome de Gianotti-Crosti (acrodermatitis papular de la infancia).</p> <p>Como se mencionó en la respuesta a la pregunta a, algunos niños resuelven la infección y otros desarrollan hepatitis B crónica, en la cual puede presentar episodios intermitentes de ictericia y de elevación de las transaminasas (hepatitis) y en la vida adulta, el 15% a 40% de estos pacientes pueden desarrollar cirrosis hepática o carcinoma hepatocelular y el 25% de ellos pueden morir por estas complicaciones. Algunos pacientes con hepatitis B crónica pueden desarrollar varices esofágicas secundarias a la hipertensión portal.</p>
d. Al sufrir un politraumatismo en el que se evidencia trauma facial con herida supraciliar	<p>R/. Todas las condiciones que presentan los pacientes previo a un trauma pueden influir en el desenlace del mismo, el grado en que esta influencia se presente es proporcional a la severidad de la condición patológica coexistente. En el caso concreto de la hepatitis B, se debe determinar si el paciente tiene o no una hepatitis crónica, en caso afirmativo,</p>



REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO SESENTA (60) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO

-SECCIÓN TERCERA-
BOGOTÁ D.C.

Pregunta	Respuesta
izquierda, fractura de huesos de la cara, trauma dental alveolar, equimosis periorbitaria derecha, trauma craneoencefálico con conmoción cerebral, trauma de tórax con contusión miocárdica y pulmonar, fractura tercio proximal medio de clavícula y hematoma perirrenal derecho, el diagnóstico de hepatitis B puede agravar la situación, en caso afirmativo, como se evidencia dicha circunstancia?	<p>esta puede llevar a una alteración de la coagulación sanguínea, a trombocitopenia y a hipertensión portal, lo cual puede generar varices esofágicas.</p> <p>Esta circunstancia se puede evidenciar mediante pruebas de función hepática como son transaminasas oxaloacética y pirúvica, bilirrubinas total y directa, tiempo de protrombina, albúmina, las cuales determinan el grado de disfunción hepática. El hemograma también es útil porque determina si hay trombocitopenia. Cuando se presenta una alteración severa de la función hepática puede presentarse alteraciones del estado de conciencia y hemorragias.</p> <p><u>En el caso analizado, los síntomas presentados son atribuibles al trauma sufrido, no son consecuencia de la hepatitis B, de acuerdo a la historia referida la hepatitis B se encontraba compensada.</u></p>

Por último, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses se pronuncia de la siguiente forma respecto de la muerte de la paciente:

Pregunta	Respuesta
Para que el Instituto Medicina Legal rinda dictamen pericial a través de peritos expertos con el fin de establecer científicamente, la verdadera causa de la muerte de YEHIMI CAROLINA CONTRERAS CARDONA, que expliquen paso a paso, de manera cronológica las causas que ocasionaron el deceso de la occisa; la implicación que para ello haya existido de parte de cada uno de los médicos tratantes, el cumplimiento de los protocolos médicos en cada caso aplicado, la incidencia haya tenido la falta de logística de la ESE investigada.	<p>Luego de revisados la historia clínica y el expediente de necropsia, se determina que la causa de la muerte de YEHIMI CAROLINA CONTRERAS CARDONA es la conclusión consignada en el Informe pericial de necropsia 2008010111001002198:</p> <p>“En resumen el caso corresponde a una mujer de 18 años de edad quien fallece en falla multiorgánica como consecuencia de politraumatismo de tipo contundente sufrido,, según la información disponible, en accidente de tránsito” Causa de la muerte “Accidente de tránsito”</p> <p>La cronología de los hechos fue: mujer que sufre politraumatismo y pérdida de la conciencia (folio numerado en la parte superior derecha como 101 y 104) en accidente de tránsito como peatón al ser arrollada por una buseta (folio numerado en la parte superior derecha como 100 y 103), traída en ambulancia. Al ingreso encuentran paciente en regulares condiciones generales, se realiza examen físico y pruebas de laboratorio y se hacen impresiones diagnósticas de: -Trauma facial con herida supraciliar izquierda, con fractura de huesos de la cara (fractura de seno frontal), con trauma dental alveolar 21, 32, 31 y equimosis periorbitaria derecha; Trauma craneoencefálico (folio numerado en la parte superior derecha como 162 y 165) con conmoción cerebral (Folio numerado en parte inferior como 12, fecha 23 de mayo de 2008); Trauma de tórax con contusión miocárdica y pulmonar (folio numerado en parte superior derecha como 169 y 172), con Fractura tercio proximal medio de clavícula; con hematoma perirrenal derecho (folio numerado en parte superior derecha como 169 y 172). Se encuentra que la paciente tiene antecedente médico de hepatopatía crónica estable asociada a hepatitis B a los 3 años de edad y con cirugía de várices esofágicas. Con la pruebas de laboratorios se identifica plaquetopenia y se evidencia la presencia de fiebre. Se estudia y se remite a unidad de cuidados intensivos para su manejo.</p> <p>Evoluciona inicialmente satisfactoriamente y es trasladada a unidad el día 05-junio-08 (folio numerado en la parte superior derecha 57 60). Allí presenta dolor torácico, disnea y estado confusional y se realiza interconsulta a cardiología. A las 07:15 p.m se consigna que la paciente desarrolla insuficiencia respiratoria aguda con acidosis en anasarca cuya causa no es clara y se sospecha un taponamiento. Se solicita cama en UCI sin encontrarse disponibilidad. Es valorada por cirugía general y encuentran una paciente con deterioro rápido del estado general, se sospecha Infección urinaria, inician antibiótico, terapia, ante signos de sepsis y continúan a la espera de cama en UCI. Se da tratamiento con inotropicos y apoyo ventilatorio. El 08-Junio-08 a las 12:30 fallece. Con impresiones diagnosticas de: Trauma cráneo encefálico, trauma cardiaco, infección urinaria y sepsis urinaria.</p>



Pregunta	Respuesta
	<p>En la necropsia se encuentra: el cadáver de una mujer adulta joven con politrauma de tipo contundente en evolución. Al examen interno se observa trauma craneoencefálico (fracturas, hemorragias, contusiones), contusión cardiaca en evolución y compromiso de múltiples órganos (entre ellos corazón, pulmón, riñón) el cual se considera secundario al trauma.</p> <p>En conclusión: es una mujer joven con una hepatopatía crónica que el 22-mayo-2008 sufre un accidente de tránsito como peatón, presentando traumas contundentes severos (trauma craneoencefálico con conmoción cerebral y trauma facial con fractura de huesos de la cara y lesión dental, fractura de clavícula izquierda, contusión cardiaca, contusión pulmonar, hemorragia alrededor del riñón). Es hospitalizada y durante su estancia hospitalaria presenta sepsis urinaria y severa dificultad respiratoria que le produce falla multilorgánica y la muerte. De esta manera se establece que YEHIMI CAROLINA CONTRERAS CARDONA fallece por complicaciones secundarias al politraumatismo sufrido en accidente de tránsito.</p>
En relación a "la implicación que para ello haya existido de parte de cada uno de los médicos tratantes."	Respuesta: Este interrogante debe ser contestado por especialistas en medicina interna, cirugía general, neurocirujano, cardiología, intensivistas. Me permito informarle que en el momento el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses no cuenta con estas especialidades para resolver su solicitud, por lo cual le sugiero remitir a un hospital universitario. Esto con base en la circular No. 003-2011-DG, de la cual adjunto fotocopia.
En cuanto a" el cumplimiento de los protocolos médicos en cada caso aplicado, la incidencia haya tenido la falta de logística de la ESE investigada."	Esta pregunta debe ser contestada por la Secretaria Distrital de Salud.

La confrontación y análisis de estos documentos permite concluir que la atención brindada a la paciente estuvo acorde con la lex artis sin que se evidencie la ocurrencia de falla en el servicio consistente en error.

El único punto que ofrece controversia es el relativo a la realización de los exámenes de laboratorio (urocultivo) cuyos resultados fueron consignados con posterioridad, situación que no queda explicada, a pesar de lo cual, debe destacarse que no se aportan medios de prueba tendientes a demostrar que se produjeron errores de diagnóstico dada la sintomatología presentada por la paciente.

Se destaca que el auxiliar de la justicia anotó que no se presentó leucocitosis ni trombocitosis, respuesta más común a los cuadros infecciosos severos, a pesar de lo cual se tomaron laboratorios específicos reactivos de fase aguda y hemocultivos, demostrándose en estos la presencia de un germen grampositivo, por lo que se inició tratamiento antibiótico guiado por sensibilidad de antibiograma.

Debe recordarse que la actividad médica no es considerada por la jurisprudencia como peligrosa, de manera que corresponde en el presente caso a la parte actora demostrar la ocurrencia de la falla en el servicio.

Si bien en la demanda se plantean varias hipótesis sobre el particular y se formulan conjeturas sin que resulten efectivamente demostradas.

La actividad médico asistencial es de medio, no de resultado, y en el presente caso se evidencia de conformidad con lo consignado en la historia clínica que a la paciente se le brindó atención en varios servicios especializados e incluso se le atendió en las unidades de



cuidado intensivo y de cuidado intermedio, sin que se evidencie retraso alguno en la prestación de la atención a medida que los síntomas se fueron desarrollando.

Fue justamente el pico febril presentado por la paciente el 29 de mayo de 2008 lo que al ser validado por el servicio de medicina interna deriva en la orden de realización de los exámenes que finalmente identificaron las bacterias causantes de la infección.

La única conducta que podría considerarse como deficiente consiste en la consignación de la interpretación de los resultados en la historia clínica, pero no puede de todas formas tenerse por demostrado que la paciente haya perdido la oportunidad, pues no se aporta prueba de la posibilidad de detección más temprana de la infección, ni del estado en que se encontraba para el momento en que se debió registrar el resultado de manera que la aplicación del tratamiento para ese momento pueda ser calificada como tardía. En efecto, la impresión del resultado se produjo el 3 de junio de 2008.

La falla del servicio exige demostrar que se tuvo la oportunidad de que el resultado fuera diferente, lo cual en el presente caso no se produce dada la anormal reacción de la paciente que permitiera reconocer la posible existencia de una infección solamente hasta el 29 de mayo de 2008, a pesar de lo cual se inició el tratamiento sin éxito.

No aporta la parte demandante algún medio de prueba que demostrase que con anterioridad a esa fecha, existiera un punto de desarrollo de la infección, con posterioridad al 29 de mayo, que tuviera posibilidades reales de éxito, de forma que pueda tenerse por perdida tal oportunidad.

La conclusión a la que se llega es que no puede tenerse por demostrada la ocurrencia de la falla en el servicio.

9.3.3 ACERCA DEL DAÑO

Si bien la parte actora sufrió un daño de naturaleza moral que se presume en virtud del parentesco, este no puede ser atribuido a la accionada. Se debe tener en cuenta que la lesión inicial fue provocada en accidente de tránsito, fuente de responsabilidad civil ajena a este proceso, siendo procedente la reclamación de los perjuicios que de este se derivaron ante la jurisdicción correspondiente.

9.4 CONCLUSIÓN

La conclusión a la que se llega en el presente caso es que no puede tenerse por demostrada la estructuración de la responsabilidad patrimonial del Estado en tanto no se probó la configuración de la falla en el servicio.

Se resuelve el problema jurídico en este sentido, de forma que procede denegar las pretensiones de la demanda.

9.5 ARCHIVO DEL EXPEDIENTE

Ejecutoriada esta providencia, se enviará el expediente a la Oficina de Apoyo de los Juzgados Administrativos de Bogotá para su archivo, previa liquidación de los remanentes de las sumas depositadas para gastos del proceso.



10. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, el Juzgado Sesenta Administrativo del Circuito de Bogotá, Administrando Justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

FALLA

PRIMERO: Denegar las pretensiones de la demanda.

SEGUNDO: Ejecutoriada esta providencia, envíese el expediente a la Oficina de Apoyo de los Juzgados Administrativos de Bogotá para su archivo, previa liquidación de los remanentes de las sumas depositadas para gastos del proceso.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE


ALEJANDRO BONILLA ALDANA
Juez